FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894 **THÈSE** N°

355

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 juillet 1894, à 1 heure.

Par MADAME BRONISLAS DLUSKA

Née à Varsovie, le 28 Mars 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ALLAITEMENT MATERNEL

Président : M. PINARD, *professeur*.
Juges : MM. FOURNIER, *professeur*.
GAUCHER, } *agrégés*.
VARNIER,

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1894

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ALLAITEMENT MATERNEL

PRÉFACE

L'allaitement est une des grandes questions de notre époque. Les économistes, les philosophes, qui ont étudié le grave problème de la dépopulation, ont essayé d'y trouver un remède. Les médecins ont répondu, en plaidant la cause de l'allaitement maternel. S'appuyant sur la statistique, ils ont dénoncé les méfaits de l'élevage artificiel, cause principale de la grande mortalité infantile. Devant les menaces de l'avenir, on s'est retourné vers l'enfant : la nourrice mercenaire, l'élevage au biberon n'ont plus trouvé de défenseur ; comme à la fin du siècle dernier, une nouvelle croisade est commencée, en faveur de l'allaitement maternel.

Sous l'inspiration de notre maître, M. le professeur Pinard, sous l'influence de ses leçons du premier semestre de l'année 1893-94, nous avons entrepris cette étude. Il nous a paru intéressant de rechercher si l'allaitement est toujours possible pour la mère, si cette fonction naturelle est aussi souvent modifiée, qu'on le déclare. Nous avons pris des observations, nous avons surveillé les mères et leurs enfants, pendant leur séjour à l'hôpital, nous avons pu appuyer nos idées sur des faits.

Ce travail se divise en deux parties. Après des considérations générales, nous étudions la valeur, comme nourrices, de 500 fem-

mes observées par nous à la clinique Baudelocque. Nous parlons de la fréquence de l'allaitement, des obstacles qu'il rencontre, de la mortalité infantile, suivant le mode d'élevage.

Dans une deuxième partie, nous suivons la femme depuis son accouchement jusqu'à la sortie de la clinique; nous assistons à la montée du lait, nous voyons comment apparaissent les crevasses et comment on doit les traiter. Nous occupant ensuite du nouveau-né, nous constatons la perte de son poids initial, son augmentation dans les premiers jours, son accroissement progressif et l'époque de la chute du cordon. Enfin, nous parlerons de l'influence des règles et d'une nouvelle grossesse, au cours de l'allaitement.

De ces recherches se dégage pour nous une conclusion qu'on nous pardonnera de donner immédiatement. L'allaitement maternel est le seul qui soit rationnel ; il est bienfaisant et nécessaire pour la mère et pour l'enfant. Les obstacles qu'on lui oppose doivent donc disparaître. Exceptionnellement, ils viennent de la mère, presque toujours ils tiennent au milieu. Si les causes sont d'ordre social, il appartient à la société de les supprimer.

Mais c'est un devoir pour le médecin, trop souvent indifférent, de répandre dans les familles ces vérités autrefois dédaignées ou méconnues. A lui, de dire à la jeune mère, mal conseillée par l'entourage, mal inspirée par les exemples, qu'il faut qu'elle allaite son enfant. A lui, de faire comprendre que l'allaitement est en quelque sorte le prolongement et l'achèvement de la maternité. Quant à nous, dans la mesure de nos faibles moyens, mais pénétrée de notre rôle et de nos devoirs de femme-médecin, nous essayerons de mettre en pratique l'enseignement de notre maître et les idées que nous avons défendues.

Il nous reste à remercier nos Maîtres dans les hôpitaux: Messieurs Lancereaux et Hanot, pour la médecine et Messieurs les professeurs Grancher et Hutinel, qui nous ont montré les difficultés de la clinique infantile. Nous prions Monsieur Landrieux d'accepter le témoignage de notre vive gratitude, pour sa constante bienveillance.

C'est avec respect, que nous rendons hommage à la mémoire des professeurs Trélat et Lefort, qui nous ont donné les premières

notions de chirurgie. Nous remercions leurs suppléants, Messieurs Lejars et Potherat, chirurgiens des hôpitaux, dont les conseils nous ont été particulièrement utiles.

En quittant la clinique Baudelocque, nous n'oublions pas la sage-femme en chef, Mademoiselle Roze, qui s'est mise à notre disposition, pour faciliter nos recherches. Monsieur Lepage, accoucheur des hôpitaux, a droit à tous nos remerciements pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués.

Nous emportons un souvenir précieux des leçons magistrales de Monsieur le professeur Pinard et nous prions notre Maître d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Depuis longtemps on s'occupe de l'excessive mortalité des enfants en bas âge, depuis longtemps on la déplore. En France surtout, où la natalité tend à diminuer de plus en plus, cette question est d'un intérêt particulièrement poignant. Différents facteurs agissent sur cette mortalité. On sait que les pays à forte natalité sont ceux qui perdent en proportion le plus d'enfants (1). Il en est de même des pays pauvres et peu civilisés. On connaît les variations de la mortalité infantile suivant les divers milieux dans un même pays. On connaît la différence de la mortalité entre les enfants légitimes et les enfants naturels, et surtout l'énorme mortalité des enfants nourris au biberon. Bertillon (2) a reconnu en France deux grandes causes qui dominent cette mortalité : l'industrie nourricière et la funeste habitude d'envoyer les enfants en nourrice.

Il nous semble que ces nombreux facteurs isolés peuvent être tous ramenés à une seule et unique grande cause : l'absence de l'allaitement et des soins maternels. En effet, examinons une à une ces influences, en commençant par la grande natalité. Partout, dans tous les pays, ce sont les gens pauvres qui ont le plus d'enfants ; or le biberon, on le sait, ne règne que dans ce milieu, puisque la femme riche, qui ne veut pas allaiter, s'offre toujours le luxe d'une nourrice. Une pauvre femme, chargée d'un grand nombre d'enfants, ne pourra en général ni les allaiter, ni leur donner les soins indispensables. Nous en avons une

(1) Biedert. *Die Kinderernährung im Säuglingsalter*, 1893.
(2) Bertillon. *Rapport au Congrès internat. d'hygiène à Paris*, 1878.

preuve éclatante dans la statistique différente de la mortalité, suivant les différentes classes. La mortalité infantile insignifiante, dans les familles de l'aristocratie et de la haute bourgeoisie, augmente dans les classes moyennes, croît encore dans les familles des ouvriers et atteint son maximum chez les plus misérables (1).

La différence de la mortalité entre les enfants légitimes et les enfants naturels n'est aussi en définitive qu'une question d'ordre économique. La fille-mère, abandonnée, reniée, plongée dans la honte et la misère, n'allaitera pas son enfant, ne l'entourera pas des soins nécessaires. Au fond de chacune des causes invoquées nous trouvons toujours l'abandon de l'enfant par sa mère, abandon qui commence au moment où elle lui refuse son sein et s'achève, lorsqu'elle s'en débarrasse définitivement en l'envoyant en nourrice.

Ne citons que quelques exemples, comme preuve de ce que nous avançons. Dans un pays pauvre et ruiné, comme l'Irlande, pays ravagé périodiquement par la famine, la mortalité des enfants pendant les premiers mois de leur vie n'est que de 9 o/o (2), parce que l'allaitement maternel y est la règle. Citons encore la Russie, dont la population des basses classes est plongée dans une ignorance profonde ; pendant les 6 premières semaines, les mères ont l'habitude de garder la maison et allaitent leurs enfants ; or, pendant cette époque la mortalité infantile qui atteint en bloc 30 o/o, n'est que de 6,2 o/o (3). On connaît la faible mortalité de la Finlande, de la Suède, de la Norvège, du Danemark, qui ne sont que de 12 o/o, 13 o/o, 10 o/o et 13 o/o ; les mères y allaitent toujours elles-mêmes (4). Plaçons à côté de ces chiffres le 31 o/o et 32 o/o de la mortalité infantile de la Bavière et du

(1) CASPER, *Statistique de la mortalité infantile de Berlin*. Voir BIEDERT, *loc. cit.*

COOPER, *Statistique de la mortalité à Londres*. Voir BIEDERT, *loc. cit.*

WOLFF, — — *à Erfurt*. Voir BIEDERT, *loc. cit.*

MARMISSE, — — *à Bordeaux*. Voir BERTILLON, *loc. cit.*

(2) BIEDERT, *loc. cit.*

(3) RUSSOW. Vergleichende Beobachtung. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1881, p. 86.

(4) BERTILLON, *loc. cit.*

Wurtemberg, où les mères n'allaitent qu'exceptionnellement (1). Citons enfin quelques chiffres pour prouver la mortalité différente dans un même endroit par rapport au mode d'alimentation: Stoltz (2) a trouvé à Strasbourg une mortalité de 19 o/o pour les enfants au sein et 87 o/o pour ceux au biberon; Villemin, à Paris, a trouvé une mortalité de 19 o/o pour les premiers et 43 o/o pour les seconds; Frank a trouvé à Münich 10,6 o/o et 89 o/o. Bertillon enfin nous a donné une mortalité de 90 o/o pour les enfants élevés au biberon dans la Loire-Inférieure, et 87 o/o dans la Seine-Inférieure.

Nous avons essayé nous-même de dresser une petite statistique comprenant les 429 enfants des multipares, que nous avons pu observer à la clinique Baudelocque. Nous avons trouvé une mortalité de 10,8 o/o pour les enfants nourris par leurs mères et de 45,7 o/o pour ceux qui avaient été élevés au biberon (chap. 4, 1re partie).

Il nous semble inutile de multiplier les exemples. Il est hors de doute, que la vraie, et la seule prophylaxie de la mortalité infantile — c'est l'allaitement au sein. C'est le seul mode d'alimentation qui puisse préserver l'espèce humaine de la dégénérescence définitive, c'est une question de vie ou de mort. Il est d'intérêt capital pour toute la société, pour l'humanité entière, que tous les enfants soient élevés au sein.

Mais pour que l'allaitement au sein atteigne ce degré de généralisation, il faut qu'il soit maternel; en effet, quel profit pour la société, si un enfant riche est élevé aux dépens de la vie d'un enfant pauvre? Il est évident, que dans ces cas la mortalité ne sera que déplacée et non réduite.

Nous arrivons donc à réclamer la suppression de la nourrice mercenaire, dont le triste métier était considéré dans l'antiquité et non sans raison, comme un genre de prostitution (3).

Toutes les mères doivent nourrir leurs enfants. Cet idéal est

(1) Bertillon, *loc. cit.*

(2) Artemieff. De l'allait. des nouveau-nés. *Arch. de Tocol.*, 1887.

(3) Biedert, *loc. cit.*

Griniewitsch. *Allaitement.* Thèse Paris, 1892.

assurément difficile à obtenir, mais il n'y a pas de difficultés trop grandes, lorsqu'il s'agit d'une question de cette importance, lorsque l'avenir de toute la race humaine est en jeu.

En France, dans les classes aisées de la société, les mères n'ont pas l'habitude d'allaiter. C'est une coutume presque passée dans les mœurs. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'avis que ce n'est pas l'impossibilité physiologique qui les en empêche. Il serait ridicule de supposer, que les femmes en France sont moins bonnes mères que les femmes des autres pays, qu'elles aiment moins leurs enfants. C'est tout simplement chez elles une affaire de mode. Elles prennent des nourrices, sans songer que souvent elles signent un arrêt de mort pour les enfants de ces malheureuses victimes de l'injustice sociale.

Nous espérons que la croisade en faveur de l'allaitement maternel, inaugurée par les sommités du monde obstétrical, modifiera avantageusement cet état de choses. Il faut que par l'intermédiaire de leurs médecins, les femmes sachent, qu'elles peuvent toujours allaiter, que toujours elles ont assez de lait, sinon dès le début, du moins au bout de quelque temps. Il faut qu'elles connaissent l'heureuse influence de cette fonction d'allaitement sur leur état de santé, qu'elles se rendent compte des dangers qu'entraîne la suppression de cette fonction. Il faut aussi qu'elles ne s'imaginent pas que cette tâche est trop lourde. Si les femmes du monde savaient toujours, qu'elles n'auront pas à se priver du repos de la nuit, qu'elles pourront recouvrer leur liberté pendant les 2 à 3 heures d'intervalle nécessaire entre les tétées, qu'elles n'auront à suivre aucun régime spécial, qu'un allaitement de 10 à 12 mois est suffisant, elles accepteraient plus souvent et plus volontiers cette tâche, rendue ainsi plus facile et plus simple. Nous avons le ferme espoir que les efforts opiniâtres d'une propagande médicale, arriveront à vaincre la routine qui veille encore au chevet des accouchées et les détourne de leur devoir.

Quant à l'enfant pauvre, la société n'a pas le droit de l'abandonner. Elle lui doit une assistance large et intelligente. Il faut que dans tous les cas il puisse profiter de ce qui lui revient au nom de son droit naturel. Nous ne pouvons que rappeler les pa-

roles que M. le Professeur Pinard répète sans cesse : « Le droit de la mère à l'enfant est sacré ! L'Assistance publique ne remplacera jamais la mère » (1) ! Il faut que dans une société civilisée et comprenant ses intérêts, « la mère pauvre soit la nourrice payée de son enfant » (2) !

Nous nous rendons compte des difficultés pratiques de notre *desideratum*. Mais il n'y a pas d'autre moyen, il n'y a pas d'autre voie à suivre. L'allaitement artificiel n'a donné jusqu'à ce jour que des résultats funestes. Il ne repose même pas sur des bases scientifiques solides. Les plus grandes autorités du monde médical ne sont même pas d'accord sur la nature de l'aliment qui doit remplacer le lait de la femme. Tantôt c'est du lait d'ânesse ou du lait de vache ; tantôt on le veut pur ou coupé ; tantôt on lui fait subir différentes soustractions et additions pour rapprocher sa composition de celle du lait de femme. Un des auteurs, qui se sont le plus peut-être occupés de cette question, Biedert, conclut qu'il faut absolument débarrasser le lait de vache de sa caséine, qui ne peut jamais être bien digérée par l'estomac d'un nouveau-né. Il est d'avis que l'aliment artificiel est encore à trouver. On doit songer en effet qu'il ne suffit pas de suivre une méthode qui permette de sauver les enfants robustes, mais qu'il est indispensable d'en avoir une avec laquelle on puisse les élever tous sans exception, même s'ils sont faibles, nés avant terme, et privés d'énergie vitale. Une telle méthode est encore à trouver.

En supposant même que les savants se mettent d'accord sur la question de l'aliment à substituer avec succès au lait de la femme, il faudrait encore que cet aliment par son prix fût accessible à toutes les bourses, et qu'il arrivât dans l'estomac de l'enfant non contaminé et en quantité établie sur des données scien-

(1) PINARD, *Leçons à la clinique Baudelocque*, Année 1893-94.

— De l'assistance des femmes enceintes, des femmes en couches et des femmes accouchées, *Revue d'hygiène*, 1890, décembre. *Mémoire lu à la Société de Méd. publ.*

— Discours prononcé à la séance du 24 janvier 1894 de la Société de Méd. publ., *Revue d'hygiène*, 20 février 1894.

(2) LAGNEAU, Discussion qui suit la lecture du mémoire de Pinard. *Revue d'hygiène*, décembre 1890.

tifiques (1). Ces conditions indispensables pour que l'allaitement artificiel ne soit pas en réalité une forme déguisée d'empoisonnement, sont-elles si faciles à réaliser? Elles sont au moins autant, sinon plus irréalisables, que nos desiderata, concernant la propagation de l'allaitement maternel.

L'aliment coûtera toujours trop cher; la mère peu instruite et toujours pressée ne saura et ne pourra jamais le donner d'une façon intelligente. La propreté indispensable ne sera jamais observée, on en donnera toujours des quantités trop considérables à l'enfant.

L'avantage immense de l'allaitement au sein est celui d'être simple, facile, aseptique, réglé à peu près selon les besoins de son organisme par l'enfant lui-même. Le lait de la mère constitue un aliment parfait, dont l'administration n'exige aucun effort d'intelligence. Certes, l'allaitement artificiel réussira quelquefois entre des mains intelligentes, mais donnera toujours des résultats funestes dans les classes pauvres, celles, où il est le plus en usage. — Malgré toutes les difficultés que peut présenter la réalisation de nos vœux au sujet de la généralisation de l'allaitement maternel, celui-ci sera toujours plus facile à réaliser, qu'un allaitement artificiel reposant sur des bases scientifiques. Aussi pensons-nous qu'au lieu de disperser les efforts, il est urgent de les concentrer afin de répandre l'allaitement maternel dans toutes les classes de la société.

C'est pourquoi, convaincue de l'importance de cette question, nous avons entrepris notre travail qui a pour but de démontrer que cet allaitement, sauf dans des cas exceptionnels, est toujours possible dans la classe pauvre.

Mais, avant d'exposer nos résultats, nous donnerons quelques détails sur le milieu social, auquel appartiennent les femmes que nous avons observées. C'est là en effet un point important. On pourrait peut-être obtenir d'autres résultats avec des femmes

(1) On connaît l'importance de l'asepsie dans la question de l'alimentation des enfants en bas âge. Clauss a trouvé dans du lait de vache, vendu sur les marchés de Berlin, 2 à 3 millions de bactéries par centimetre cube. Voir Biedert, *loc. cit.*

d'une autre classe. Les causes qui empêchent les femmes de remplir leur devoir de mère et que nous signalons plus loin ne sont évidemment pas les mêmes dans la classe riche, que dans la clientèle de l'Assistance publique.

Notre statistique comprend, comme nous l'expliquerons plus tard, 445 femmes que nous avons classées en 5 catégories :

1° 171 ou 38,4 o/o ouvrières travaillant presque toujours dans des ateliers.

2° 185 ou 41,5 o/o domestiques, presque toutes sans place depuis un certain temps (1).

3° 4 ou 5,3 o/o petites employées, caissières, concierges, modèles, etc.

4° 30 ou 6,7 o/o sans profession. Il s'agissait de femmes n'ayant pas besoin de gagner leur vie en dehors de leur maison et pouvant consacrer tout leur temps à leurs enfants et à leur ménage. C'étaient presque dans tous les cas, des femmes d'ouvriers ou de petits employés.

5° 35 ou 7,8 o/o sans renseignements positifs, ne pouvant être classées dans aucune des catégories précédentes.

Nous avons cru devoir établir une seconde classification entre ces femmes, suivant leur lieu d'origine ou d'habitation ordinaire et nous les avons rangées en 2 catégories :

1° Les femmes ayant passé toute leur vie ou à peu près dans les villes ;

2° Celles nées à la campagne, y ayant presque toujours séjourné, n'habitant que depuis peu de temps Paris, où elles sont venues, les unes pour chercher du travail, les autres pour cacher leur grossesse.

Au premier groupe appartiennent 213 femmes, soit 47, 80/0 et au deuxième 232 ou 52, 1 o/o. — La proportion entre les deux groupes est donc à peu près égale.

(1) Il est facile de s'imaginer le degré de misère de ces femmes, ne vivant que de leurs gages, dont elles étaient privées depuis un temps plus ou moins long. Leur souci constant était de trouver une place après avoir quitté la Clinique, pour être en mesure de payer les mois de nourrice de leur enfant et leur désir de se placer nourrices, ce qui leur permettrait de gagner presque le double des gages ordinaires.

Parmi les 213 femmes des villes, remarquons que 79 ou 17,7 o/o étaient parisiennes.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce fait que presque toutes ces femmes se trouvaient dans un état de misère lamentable. Presque toutes travaillaient du matin au soir et rares étaient celles, qui pouvaient se permettre une alimentation à peine suffisante. Aussi, quand on connaît l'influence d'une bonne et substantielle alimentation sur la sécrétion lactée, on est d'autant plus étonné de constater que ces femmes si misérables, si fatiguées soient devenues d'aussi bonnes nourrices. Pour un grand nombre d'entre elles en effet, le séjour à l'hôpital était un repos dont elles avaient bien besoin et la nourriture qu'elles y recevaient un luxe.

Enfin, nous croyons utile d'expliquer de quelle façon nos observations ont été recueillies.

Toutes les femmes, qui font l'objet de notre statistique, ont été examinées au fur et à mesure de leur entrée à la clinique suivant l'ordre chronologique de leur accouchement. Notre travail était facilité par un questionnaire préparé d'avance et nous permettant d'avoir tous les renseignements nécessaires sur chaque accouchée, soumise à un examen quotidien, pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital.

En procédant ainsi nous avons pu nous rendre un compte exact de la façon dont la sécrétion lactée s'établissait chez chacune, de la façon dont l'enfant commençait et continuait à téter, du degré d'abondance du lait, des obstacles qui venaient parfois entraver l'allaitement. Nous avons pu aussi être témoin de la lutte persévérante contre certains de ces obstacles, lutte quelquefois très longue et très pénible autant pour la femme que pour le personnel, chargé de diriger et de surveiller l'allaitement. Tous les jours nous examinions aussi les enfants pour constater leur état général, le degré de tension de leurs sutures et de leurs fontanelles, leur augmentation de poids, et pour nous rendre compte de la manière dont ils supportaient les complications éventuelles. C'est ainsi que nous avons pu recueillir les éléments nécessaires pour porter un jugement sur la valeur de nos femmes comme nourrices.

Malheureusement le temps restreint, qu'elles passent à la clinique ne nous a pas permis d'arriver dans tous les cas à ce résultat. Nous ne croyons cependant pas pour cela notre travail inutile. Il nous semble qu'un séjour de 10 jours permet de porter un pronostic suffisamment juste au point de vue de l'allaitement. Nous savons bien qu'on nous fera plusieurs objections.

On nous dira d'abord que les cas d'agalactie tardive n'apparaissent que 6 semaines ou 2 mois après l'accouchement, sans que le début de la fonction laiteuse puisse le faire prévoir.

Après avoir interrogé avec soin toutes nos femmes ayant déjà allaité antérieurement, nous n'avons trouvé cette agalactie secondaire qu'un très petit nombre de fois. Nous verrons dans le chapitre 3, (1[re] partie) qu'elle est exceptionnelle. Songeons en effet qu'un assez grand nombre de nos enfants étaient soumis à l'allaitement mixte, que les mères ouvrières les laissaient pendant le jour à la crèche pour ne reprendre l'allaitement que dans la nuit; songeons encore que dans le milieu que nous étudions, il est d'usage de voir les mères donner aux enfants qu'elles allaitent, des bouillies, des soupes, dès le 2[e] mois de leur vie.

Malgré ces conditions essentiellement défavorables pour entretenir une abondante sécrétion lactée, les mères n'ont cependant pas vu disparaître leur lait et ont pu continuer à allaiter leurs enfants.

Nous avons donc la conviction ferme que ces cas d'agalactie secondaire sont très rares. Ils sont quelquefois le résultat d'une alimentation insuffisante de la mère. L'observation II est un exemple frappant. Quelquefois ils ont pour cause l'allaitement mixte intempestif, qui diminue l'appel du côté de l'enfant.

Une autre objection qu'on pourrait nous faire est beaucoup plus juste et nous avouons ne pas pouvoir y répondre victorieusement. On nous dira que beaucoup de femmes allaitant pour la première fois, ayant trop peu de lait au début de leur allaitement, finissent par en avoir assez au bout d'un certain temps. M. le professeur Pinard dans une de ses leçons sur l'allaitement, faites à la clinique Baudelocque en 1893, déclare en effet qu'il possède des

observations de femmes qui pendant leur premier allaitement, ne commençaient à avoir du lait en quantité suffisante qu'à partir du 3e mois. C'est aussi l'opinion de Biedert qui fait toujours allaiter les femmes pendant 6 semaines, 2 mois, même lorsque la quantité de lait sécrété est dérisoire et qui cependant arrive à de bons résultats. Il faut donc en réalité un temps de beaucoup supérieur à 10 jours pour pouvoir se prononcer définitivement dans les cas d'agalactie primitive. A ce point de vue nos résultats ne seront donc pas exacts. Le nombre de femmes ne pouvant suffisamment allaiter par manque de lait, déjà si restreint dans notre statistique, est en réalité encore trop élevé. Comme nous n'avons pas trouvé un seul cas d'agalactie absolue, à la rigueur nous n'avons pas le droit de condamner définitivement une seule des femmes ayant eu trop peu de lait pendant son séjour à la clinique.

Il se présente encore une difficulté par rapport au pronostic. Ainsi dans certains cas de mamelons trop défectueux, le temps n'a pas suffi pour produire l'allongement nécessaire. Dans d'autres nous n'avons obtenu qu'une amélioration notable, mais pas encore un allongement suffisant pour permettre une succion facile et sans fatigue pour l'enfant. Forcément ces femmes n'ont pu être placées dans la catégorie des bonnes nourrices, quoiqu'elles le soient devenues sans aucun doute.

Une autre complication encore nous a empêché de porter dans de nombreux cas, un jugement définitif. Nous voulons parler des crevasses, qui souvent venaient entraver l'allaitement. Souvent aussi les femmes sortaient de la clinique encore très malades. Un temps plus long nous aurait permis de les classer définitivement et nous sommes persuadée que dans le plus grand nombre des cas, elles auraient fini par bien allaiter. Cependant comme nous avons trouvé que les crevasses n'apparaissent que pendant les 5 premiers jours de l'allaitement, et qu'au-delà du 5e jour les femmes sont presque sûres de ne plus en avoir (chapitre 2, IIe partie), nous ne craignons pas que notre catégorie des bonnes nourrices puisse être diminuée par ce fait.

En résumant toutes nos inexactitudes qui résultent de ce que nous devons porter nos conclusions après 10 jours d'allaitement,

nous arrivons à admettre que la statistique que nous avons essayé de dresser, pêche par un point : le nombre des bonnes nourrices y est nécessairement inférieur à la réalité, celui des nourrices insuffisantes est trop élevé.

Il existe en outre forcément une catégorie de nourrices sur lesquelles nous n'avons pas pu nous prononcer définitivement. C'est aux dépens de cette catégorie que la première croîtra avec le temps ; il faudrait dire plutôt qu'elle croîtrait si les femmes en question continuaient d'allaiter en dehors de la clinique.

Nous avons exposé les inexactitudes inévitables de nos observations, nous avons expliqué qu'à notre point de vue notre statistique est en somme une image assez exacte de la vérité, sauf ces quelques restrictions.

Il ne nous est pas possible de publier toutes nos observations, nous en possédons 500. — Nous ne publions que les plus intéressantes. Nos conclusions reposent sur l'examen de 500 femmes, dont les observations sont recueillies dans le registre de la clinique Baudelocque, depuis le nº 344 au nº 850 de l'année 1893 (1).

En présence d'une part des conditions défectueuses dans lesquelles se trouvaient les femmes que nous avons examinées, d'autre part des excellents résultats que nous avons constatés, nous avons le droit d'affirmer que les résultats seront aussi bons. sinon meilleurs dans les autres classes de la société, lorsque l'allaitement maternel s'y généralisera, comme nous le demandons avec notre maître M. le professeur Pinard.

(1) Des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de prendre les observations des femmes inscrites aux nos 466, 554, 558, 713, 731 et 736 de ce registre.

CHAPITRE I

De la valeur comme nourrices des femmes observées.

Toutes les femmes peuvent allaiter, presque toutes peuvent être de bonnes nourrices. Les rares exceptions à cette règle ne font que la confirmer. Voilà ce que nous voulons prouver en présentant notre statistique, recueillie dans le service de M. le Professseur Pinard et en étudiant les causes qui ont pu favoriser ou entraver l'allaitement de l'enfant par sa mère.

500 femmes prises au hasard des entrées à la clinique Baudelocque ont été soumises à une observation rigoureuse pendant 10 jours, en moyenne. Toutes ces femmes, il est vrai, n'ont pas allaité ; en effet, 55 pour des causes accidentelles n'ont pas nourri leur enfant. Ces cas se décomposent ainsi :

13 cas : avortements (1) ;

15 cas : enfants mort-nés (2) ;

12 cas : enfants, non viables, morts peu de jours après l'accouchement (3) ;

1 cas : mère morte le 6e jour d'éclampsie (4) ;

14 cas : les mères ont envoyé leurs enfants en nourrice dans les trois premiers jours de leur naissance (5).

On le remarquera, il ne s'agit dans tous ces cas que de causes accidentelles. Les 10 femmes à qui l'allaitement a été défendu en considération de leur état de santé entrent toutes dans notre statistique.

(1) Nos 363, 374, 377, 490, 492, 521, 610 *bis*, 614, 645, 650, 701, 705, 798.
(2) Nos 386, 396, 400, 446, 479, 482, 490, 510, 516, 567, 595, 627, 658, 718 et 756.
(3) Nos 412, 429, 432, 453, 484, 585, 639, 715, 758, 793, 814, 818.
(4) No 845.
(5) Nos 355, 452, 454, 495, 527, 532, 548, 552, 581, 591, 701, 711, 719, 822.

Il reste donc 445 femmes qui doivent rentrer dans notre statistique.

Les auteurs sont d'accord à reconnaître que le seul réactif infaillible de la valeur d'une nourrice, *c'est l'enfant qu'elle allaite.* On reconnaît que l'enfant profite, d'abord d'après l'état de ses sutures et de ses fontanelles, qui doivent être larges et modérément tendues, ensuite selon la nature et la fréquence de ses garde-robes (3 par jour, consistance et couleur des œufs brouillés), enfin quand il y a une augmentation de poids régulière et suffisante.

Les moyennes de cette augmentation diffèrent suivant les auteurs. Pour Bouchaud elle est de 25 grammes par jour, pour Biedert de 28 grammes. Winckel atrouvé 35 grammes par jour. Ce sont là des chiffres bien différents. Tarnier accepte comme augmentation minima 30 à 20 grammes. Nous avons dû choisir arbitrairement un de ces chiffres afin de fixer une limite au delà de laquelle les femmes ne seraient plus considérées comme nourrices suffisantes. Nous avons adopté celui de 20 grammes par jour, car nous avons remarqué que dans un assez grand nombre de cas cette augmentation était assez grande pour entretenir un suffisant degré de tension des sutures et des fontanelles (1).

Dans ces quelques cas, où malgré une augmentation de 20 gr. par jour, l'état des sutures prouvait que l'alimentation était insuffisante, nous n'avons pas considéré la mère, comme une bonne nourrice.

Dans un petit nombre de cas nous avons encore reculé cette limite. Dans 9 cas l'augmentation des enfants de plus de 3000 gr. ne dépassait pas 16 grammes en moyenne, bien que le lait des mères fut abondant, que les enfants tétassent très bien et que leurs sutures fussent très tendues. Le même fait s'est produit chez 4 enfants entre 2500 grammes et 3000 grammes, qui n'augmentèrent que de 14 grammes par jour, chez 3 enfants entre 2000 et 2500 grammes dont l'augmentation quotidienne n'a été que de 12 grammes et enfin chez un enfant de 1730 gr.

(1) Prenons en considération qu'un tiers environ de nos enfants était d'un poids inférieur a 3000 grammes.

qui augmentait de 16 grammes. Les 4 derniers enfants entre 1730 grammes et 2500 grammes et un autre du poids entre 2500 et 3000 grammes, placés dans des couveuses étaient d'une faiblesse extrême, ne savaient pas téter, prenaient à la cuiller le lait exprimé du sein maternel. Vu leur état, leur augmentation quotidienne nous a paru suffisante. — Quant aux 12 autres qui étaient vigoureux, ils nous semblent également avoir été bien allaités, puisque l'état de leurs sutures l'attestait et que leurs mères avaient toutes du lait en abondance. Nous avons préféré cependant, pour la rigueur de la statistique, en faire une catégorie à part.

Nous avons remarqué qu'il existe une grande différence, à presque tous les points de vue, entre les femmes qui allaitent pour la première fois et celles qui ont déjà nourri antérieurement. Nous ne les avons pas classées, comme on le fait d'ordinaire, en primipares et multipares, car une multipare n'ayant pas allaité ses enfants n'est toujours qu'une primipare au point de vue de la sécrétion lactée. Nous avons préféré établir 3 catégories : femmes n'ayant jamais allaité, femmes ayant allaité un enfant, de 1 à 6 mois et enfin femmes ayant fait au moins un allaitement de plus de 6 mois.

De nos 445 femmes :

311 appartiennent à la Ire catégorie, c'est-à-dire à celles qui n'ont jamais allaité ;

44 à la IIe catégorie, c'est-à-dire à celles qui ont peu allaité ;

90 à la IIIe catégorie, c'est-à-dire à celles qui ont beaucoup allaité.

Les 3 tableaux suivants résument l'opinion que nous nous sommes faite sur ces 455 femmes et sur chaque catégorie en particulier :

TABLEAU I

Bonnes nourrices.

	Femmes qui n'ont jamais allaité	Femmes qui ont peu allaité	Femmes qui ont beaucoup allaité	Total	EXPLICATIONS
	102	19	43	164	Aucune complication ; enfants augmentent au moins 20 gr. par jour ; en moyenne 41 gr.
	135	15	35	185	Avec complications : les mères ont eu des mamelons défectueux, des crevasses, ou les 2 ensemble. Enfants augmentent au moins 20 gr. par jour, en moyenne 41 gr.
	4	1	—	5	Enfants chétifs, avant terme, ne sachant pas téter, prenant le lait maternel à la cuiller. — Augmentation moyenne est de 14 gr. État général satisfaisant.
	8	—	4	12	Enfants forts, qui tetent bien, mais qui, malgré leur état général satisfaisant, malgré la tension des sutures et fontanelles, malgré l'abondance du lait de leurs mères, n'augmentent que de 16 gr. par jour.
Total	249	35	82	366	Bonnes nourrices qui ont très bien allaité leurs enfants, dont l'augmentation moyenne est de 40 gr. par jour.

Résultat : Sur 445 femmes nous avons 82,2 °/₀ d'excellentes nourrices.

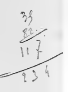


TABLEAU II

Mauvaises nourrices.

	Femmes qui n'ont jamais allaité	Femmes qui ont peu allaité	Femmes qui ont beaucoup allaité	Total	EXPLICATIONS
	2	—	—	2	Femmes à mamelons ombiliqués, qu'on n'a pas essayé d'allonger. — Les enfants étaient allaités avec du lait stérilisé.
	3	—	—	3	Femmes qui ont très peu de lait. — On a donné en plus, aux enfants du lait stérilisé. — 1 enfant a diminué, les deux autres ont augmenté de 12 gr. en moyenne.
	1	—	—	1	Femme, qui n'a que quelques gouttes de lait. à glandes excessivement petites, qui n'a pas pu nourrir ses 10 enfants, pour manque presque complet de lait; elle n'a pas eu de montée laiteuse. Enfant prend surtout du lait stérilisé augmente de 10 gr.
	—	1	—	1	Femme qui a du lait en abondance, mais il est transparent comme de l'eau. Elle allaite bien —; l'enfant a diminué, malgré que pendant les 2 derniers jours, il a eu en plus du lait stérilisé.
	5	—	—	5	Femmes à qui on interdit l'allaitement d'une façon définitive, pour des causes pathologiques.
Total	11	1	—	12	Femmes qui sont des nourrices insuffisantes, ou, a qui on défend définitivement l'allaitement.

Résultats : Sur 435 femmes nous avons :

1, 1 °/₀ de femmes à qui on interdit l'allaitement.

1, 6 °/₀ de femmes ne pouvant pas bien allaiter par manque ou mauvaise qualité de leur lait ou par suite d'une malformation mamelonnaire incurable.

TABLEAU III

Nourrices sur lesquelles nous ne pouvons pas nous prononcer.

	Femmes qui n'ont jamais allaité	Femmes qui ont peu allaité	Femmes qui ont beaucoup allaité	Total	EXPLICATIONS
	34	3	3	40	Les mamelons defectueux, les crevasses, ou les 2 causes réunies, gênent l'allaitement. L'augmentation des enfants n'est pas suffisante, elle n'atteint pas 20 gr. (1).
	1	—	2	3	Des maladies pyrétiques diminuant la quantite de lait chez les meres. L'augmentation des enfants n'atteint pas 20 gr. (1).
	1	1	1	3	Enfants paresseux, tres difficiles à réveiller, tetent trop rarement, augmentation au-dessous de 20 gr. (1).
	2	—	—	2	Enfants, enrbumés, tetent tres difficilement augmentation au-dessons de 20 gr. (1).
	7	2	1	10	Enfants chétifs, ne sachant pas téter, avant terme, augmentation au-dessous de 20 gr. insuffisante, puisque l'etat général n'est pas satisfaisant. — Les meres ont du lait abondant. (1).
	1	—	—	1	Enfant que la mere allaite à chaque instant, malgré les observations et qui finit par avoir une abondante diarrhee jaune, augmentation au-dessous de 20 gr. (1).
	1	—	—	1	Enfant qui est parti le 7e jour avant d'avoir bien téte. — La montée laiteuse a eu lieu vers la fin du 4e jour et a été tres violente.—L'enfantn'a pas pu saisir les mamelons moins saillants. Il n'a pas commencé a augmenter avant son départ.
	4	—	1	5	Défense passagere pour canses pathologiques, avec la permission de reprendre l'allaitement apres la guerison; enfants allaites par des nourrices, ou artificiellement.
	—	2	—	2	Les meres n'allaitent pas bien, par mauvaise volonté manifeste; elles ont du lait en abondance; les enfants tetent tres bien en présence du personnel chargé de surveiller l'allaitement. Ils ont diminué.
Total	51	8	8	67	Femmes sur lesquelles il est impossible de se prononcer au bout de 10 jours à cause de differentes complications. Il est probable, qu'un grand nombre d'entre elles, deviendront avec le temps de bonnes nourrices.

Résultat : Sur 445 femmes nous en avons 15 °/o qu'il est impossible de juger au bout de 10 jours, mais qui seront probablement toutes de bonnes nourrices.

(1) Seulement 81 °/o de ces enfants ont commencé à augmenter, 19 °/o sont restés stationnaires ou ont diminué. — L'augmentation moyenne = 12 gr. 31 fois, donc 52,5 °/o, on a dû recourir a une nourrice ou on a ajouté du lait stérilisé pendant un temps variable

Examinons d'abord les résultats obtenus pour l'ensemble des femmes et laissons de côté pour le moment leurs catégories.

Nous avons constaté que sur 445 femmes, 366 ont été bonnes nourrices, qu'on a dû défendre l'allaitement d'une façon définitive à 5 femmes pour cause de santé, que 7 n'ont pu allaiter vu la mauvaise conformation de leurs mamelons, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de leur lait. Quant aux 67 femmes qui restent, il ne nous a pas été possible de nous prononcer pendant leur court séjour à la clinique, mais nous sommes d'avis que presque toutes pourront bien allaiter, une fois les complications passées.

Nous avons donc :

Ier TABLEAU. 82,2 o/o de bonnes nourrices dont les enfants augmentent en moyenne de 40 grammes par jour.

IIe TABLEAU. 1,1 o/o de femmes à qui l'allaitement a été définitivement défendu.

1,6 o/o de femmes ne pouvant pas bien allaiter par manque ou mauvaise qualité de leur lait ou par suite d'une malformation du mamelon incurable.

IIIe TABLEAU. 15 o/o de femmes, qu'il est impossible de juger au bout de 10 jours, mais qui seront probablement toutes de bonnes nourrices.

Voyons maintenant les détails de nos tableaux :

Bonnes nourrices.

Sur 445 femmes, 366 appartiennent à cette catégorie ; autrement dit 82, 2 o/o de toutes les femmes ont mérité cette dénomination.

Nous avons d'abord 164 femmes, ou 36, 8 o/o de la totalité chez lesquelles l'allaitement a été commencé et a pu être continué sans aucune complication. Leurs enfants augmentaient tous au moins de 20 grammes par jour, en moyenne de 41 grammes.

A côté d'elles il y a en a 185 ou 41, 5 o/o du nombre total, qui ont été d'aussi bonnes nourrices que les précédentes, mais qui toutes

ont eu certaines difficultés à vaincre. 99 ont présenté des crevasses, quelquefois très douloureuses et étendues, 40 avaient des mamelons trop courts, qui 4 fois ne faisaient aucune saillie au-dessus de l'aréole, et 5 fois allaient jusqu'à l'ombilication. Chez 46 enfin on trouvait ces 2 causes réunies. — Toutes ces femmes ont triomphé de ces obstacles d'une façon très rapide, puisque l'augmentation de leurs enfants ne s'en est nullement ressentie, dépassait dans tous les cas 20 grammes par jour, et atteignait en moyenne 41 grammes.

A côté de ces 2 nombreux groupes viennent se placer 2 autres, comprenant très peu de femmes :

Nous avons d'abord 5 enfants (1,1 0/0) nés avant terme, chétifs, ne sachant pas téter, pesant en moyenne 2182 grammes. Les mères exprimaient le lait de leurs seins et nourrissaient à la cuiller ces petits êtres. Malgré ces circonstances défavorables, malgré le peu d'énergie vitale, l'augmentation quotidienne a pu atteindre 14 grammes avec un état général relativement satisfaisant. Nous avons considéré avec raison, il nous semble, les mères comme de bonnes nourrices.

Le dernier groupe composé de 12 enfants (2,7 0/0) diffère du précédent en ce sens, que les enfants étaient forts, de poids moyen, même dans la majorité des cas supérieur à la moyenne. Tous avaient à leur disposition du lait maternel en abondance, tous tétaient bien ; leur état général était satisfaisant, leurs sutures et leurs fontanelles assez tendues. Cependant l'augmentation quotidienne n'a été que de 16 grammes en moyenne. Les auteurs (1) admettent une catégorie d'enfants qui n'ont pas besoin d'augmenter avec rapidité pour bien prospérer. Nous avons donc considéré nos 12 sujets comme appartenant à cette catégorie et leurs mères, comme de bonnes nourrices. Les 2 derniers groupes abaissent un peu le chiffre de l'augmentation moyenne chez les enfants de bonnes nourrices. De 41 grammes il tombe à 40 grammes, ce qui est encore beaucoup.

Il ne faudrait pas s'imaginer que toutes ces femmes, considé-

(1) Tarnier. *Traité d'accouchements*. — Pinard. *Leçons a la clinique Baudelocque*, 1893-94.

rées par nous, comme de bonnes nourrices, fussent toutes très bien portantes et que les suites de leurs couches eussent toujours été physiologiques. Sur ces 366 femmes, 185 ont été affectées de crevasses, 10 ont eu des lymphangites dont une s'est terminée par un petit abcès (observ. X) : une femme sortait à peine d'une fièvre typhoïde et se trouvait dans un état d'anémie profonde (observ. XIV) ; 6 femmes étaient en puissance de syphilis, 14 étaient albuminuriques, dont 5 au régime lacté exclusif (observ. II) ; 14 ont présenté des élévations de température pendant les suites de couches, hyperthermie causée par l'infection puerpérale (observ. XVII), par une petite épidémie de grippe ou encore par un embarras gastrique ou une phlébite (nous avons placé à part les lymphangites) ; une femme atteinte d'une maladie du foie et de fièvre palustre, fut prise d'un accès après ses couches (observ. VI) ; une était atteinte d'hémiplégie hystérique; 3 étaient cardiaques, 6 chloro-anémiques. Une fut atteinte de diarrhée violente, qui n'eut cependant pas de mauvais résultats pour l'enfant. La dernière enfin, que nous ne citons qu'à titre de curiosité était aveugle de naissance, ce qui ne l'a pas empêchée de nourrir pendant 17 mois son premier enfant ; elle se proposait d'élever de même son second et promettait de suffire à la tâche, puisque l'augmentation quotidienne de cet enfant était de 72 grammes.

Il ne faudrait pas non plus croire que dans tous les cas nous avons eu affaire à des enfants très forts, vigoureux, pesant plus de 3.000 grammes. Loin de là. Des 369 enfants (1)

83	pesaient	plus de 3.500	grammes
162	—	— 3.000	—
93	—	— 2.500	—
26	—	— 2,000	—
5	—	moins de 2.000	—

245 enfants ou les deux tiers seulement pesaient donc plus de 3000 grammes, 124 ou un tiers pesaient moins. Dans 31 cas le poids était inférieur à 2500 grammes, dans 5 cas inférieur à

(1) Le nombre des nourrices est 366, — le nombre des enfants allaités par elles 369 ; — 4 fois il s'agissait de jumeaux, dans 1 cas la mere n'en a allaité qu'un seul.

2000 grammes. Il y a donc eu beaucoup d'enfants nés avant terme, qui tétaient avec peu de force et qui certainement n'auraient pas pu augmenter d'une façon si notable, s'ils n'avaient pas eu d'aussi bonnes nourrices (voir observ. XII).

Si l'on prend en considérations toutes ces circonstances on sera étonné des excellents résultats obtenus.

Chez nos bonnes nourrices il y a eu quelquefois des complications qui ont été cause de la suppression de l'allaitement pour un temps très restreint, qui n'a jamais excédé 2 jours. Ce fait s'est produit 17 fois. Dans 12 cas la mère n'allaitait pas du tout pendant ce temps, dans 5 cas elle continuait à allaiter avec un seul sein. Voici les causes qui ont nécessité cette suppression : dans 4 cas il s'agissait de crevasses en mauvais état ; l'interruption devait hâter la cicatrisation ; dans 10 cas il s'agissait de lymphangites, dans 1 cas d'abcès ; dans 2 cas enfin de femmes soumises à l'irrigation continue.

En outre dans 16 cas on a été obligé de donner à l'enfant un peu de lait stérilisé sans interrompre pour cela l'allaitement maternel. 5 fois ce fait a eu lieu dans les cas de montées laiteuses tardives, lorsque la sécrétion colostrale était insuffisante ; 6 fois dans les cas de crevasses sérieuses pour ne pas déranger trop souvent le pansement, 2 fois dans les cas de mamelons trop courts, lorsque les enfants ne voulaient pas téter avec un bout de sein artificiel, 1 fois après quelques jours de fièvre, qui avait réduit la quantité de lait pour 1 ou 2 jours ; 1 fois une nourrice a prêté son aide pendant 6 jours à une femme qui allaitait très bien 2 jumeaux (obs. IV) ; 1 fois enfin il s'agissait d'un enfant de femme symphyséotomisée, dont on voulait épargner les forces pendant les premiers jours. Dans tous ces cas les petites quantités de lait stérilisé, donné pendant un temps très restreint, ou l'aide momentanée d'une nourrice n'ont pu en rien modifier les résultats obtenus.

Femmes à qui on interdit l'allaitement, ou qui sont de mauvaises nourrices.

Le nombre de ces femmes n'est que 12 ou 2,7 o/o du nombre total. Elles font l'objet du tableau II (voyez page 22).

Nous distinguons dans ce tableau 2 groupes : d'une part 5 femmes à qui on a dû interdire l'allaitement, d'autre part 7, que l'état de leur santé n'a pas empêchées d'allaiter.

Nous n'avons placé dans le premier groupe que les femmes auxquelles l'allaitement a été défendu d'une façon absolue. Celles qui furent autorisées à le reprendre après la cessation des accidents morbides, ont été classées ailleurs.

Ainsi chez 5 femmes il y a eu défense absolue et définitive. Ce chiffre n'est pas considérable vu le grand nombre de femmes observées. Il ne fait que 1,1 o/o du total. Des 5 accouchées en question, 4 étaient tuberculeuses, la 5e avait une affection de cœur très accentuée qui commençait à être insuffisamment compensée.

Quant aux 7 femmes qui restent (1,6 o/o de la totalité), elles ne pouvaient être de bonnes nourrices pour d'autres causes. 2 d'abord avaient des mamelons absolument invaginés, dont on a jugé inutile de tenter l'allongement. On l'aurait peut-être essayé, si cela en avait valu la peine, si les femmes dont il s'agit avaient voulu allaiter leurs enfants. Il n'en était pas ainsi et on a préféré ne pas entreprendre cet essai qui promettait d'être long et pénible et dont le résultat restait incertain.

Une autre femme avait du lait en grande abondance (observ. XVIII) sans pour cela avoir de la galactorrhée. Son lait était clair, comme de l'eau ; son enfant n'a pris que le sein pendant les 9 premiers jours ; malgré qu'il tétait avec avidité, il n'avait pas commencé à augmenter et dépérissait. Malgré qu'on a ajouté comme aliment accessoire pendant les 2 derniers jours du lait stérilisé, on n'observa pas d'augmentation avant le départ. Il faut attribuer ce résultat à la mauvaise qualité du lait maternel ; son examen n'a pas été fait.

Dans les 4 cas qui restent, il s'agit des femmes ayant du lait en très minime quantité. Dans 1 cas même (obs. III) on n'arrivait à exprimer du sein que 2 ou 3 gouttes tout au plus. Il s'agissait d'une XI pare qui n'avait pas eu de lait lors des accouchements précédents, et n'avait jamais pu allaiter ses enfants; déclarons d'ailleurs que les essais ne furent pas prolongés au delà de 2 semaines. Cette femme avait des glandes excessivement petites et n'avait pas présenté de montée laiteuse. Elle a continué d'allaiter l'enfant jusqu'à sa sortie de la clinique, mais il prenait surtout du lait stérilisé. La quantité de lait au départ n'avait pas augmenté. C'est le seul cas de vraie agalactie que nous ayons observé et encore n'était-elle pas absolue.

A côté de cette femme nous en avons placé 3 autres, qui tout en présentant une quantité de lait un peu plus considérable, n'en avaient cependant que très peu. La nourriture principale de leurs enfants était le lait stérilisé. Ces femmes n'avaient jamais allaité. A leur départ la sécrétion lactée était encore très peu active. Elles avaient toutes des glandes très peu développées. Il est possible que, si elles avaient continué d'allaiter, les succions de l'enfant auraient fini par faire sécréter aux glandes du lait en quantité suffisante; mais elles ont préféré de prendre d'emblée un autre parti, celui d'envoyer leurs enfants en nourrice.

Passons maintenant à la dernière catégorie de femmes, c'est-à-dire au tableau III, où nous avons classé des femmes sur lesquelles nous n'avons pas cru pouvoir formuler un jugement définitif; nous y trouvons des éléments très disparates, ainsi qu'on peut en juger (voir page 23). — Ce tableau comprend 67 femmes, soit 15 0/0 du nombre total.

Nourrices sur lesquelles nous ne pouvons pas nous prononcer.

Nous avons en premier lieu 40 femmes ou 8, 9 0/0 qui toutes avaient du lait en abondance. 15 d'entre elles avaient des crevasses sérieuses, douloureuses, siégeant presque toujours à la base

du mamelon, 8 avaient des mamelons courts, 7 fois même invaginés, enfin chez 17 ces 2 complications existaient ensemble et gênaient d'autant plus l'allaitement. Aussi l'augmentation des enfants s'en est ressentie.

Il est certain que nous ne pouvons pas considérer ces femmes comme de bonnes nourrices, mais nous ne pouvons pas non plus les ranger dans la catégorie de celles qui ne peuvent pas bien allaiter, puisque l'obstacle qui empêchait la bonne alimentation de l'enfant pouvait disparaître. Chez 7 femmes par exemple les crevasses étaient presque guéries au moment de la sortie de la clinique et comme il y avait du lait en abondance, il n'y avait plus aucune raison pour que l'enfant n'augmentât pas régulièrement ; 6 cas nous donnent en effet la preuve évidente que ces femmes pouvaient devenir de bonnes nourrices. En effet il s'agit ici de crevasses survenues déjà après quelques jours d'augmentation régulière, augmentation supérieure à 20 grammes. L'apparition des crevasses fort douloureuses n'a pas permis aux mères de continuer de bien allaiter, mais il est certain qu'après la guérison elles seraient redevenues de bonnes nourrices.

Dans 3 cas, où les crevasses apparues dès les premières tétées ont été presque guéries vers la fin du séjour des femmes à la clinique, l'augmentation des derniers jours dépassait 20 grammes, tandis que la moyenne brute n'atteignait pas ce chiffre. Il y a donc lieu de supposer que si nous avions pu observer toutes ces femmes pendant un temps plus long, nous aurions pu assister à la disparition des accidents qui gênaient l'allaitement et que l'augmentation quotidienne serait devenue suffisante.

Dans 3 cas on eut affaire à des femmes ayant des maladies fébriles. Une fois il s'agissait de congestion pulmonaire, une autre fois de pleurésie, accompagnée également de congestion, la 3[e] fois enfin, d'érysipèle de la face. Dans tous ces cas les enfants n'ont pas assez augmenté. Quant à l'enfant de la femme atteinte de l'érysipèle (Obs. XIII) son augmentation était de 6 grammes pendant la fièvre, de 25 grammes après la chute de la température. Ici encore nous avons une preuve palpable que la femme sera une bonne nourrice.

Dans 3 cas les enfants étaient gros, dormaient tout le temps et les mères n'arrivaient pas à les allaiter assez souvent. Malgré l'abondance du lait maternel, l'augmentation quotidienne de ces enfants paresseux a été inférieure à 20 grammes. Dans ces cas aussi il est probable qu'on aurait fini par triompher de cet état somnolent et que les enfants en question se seraient mis à téter comme les autres.

Dans 2 cas les enfants affectés de rhume tétaient avec la plus grande difficulté. L'un d'eux avait bien augmenté avant l'apparition de son rhume. On ne peut pas incriminer la mère dans ce cas.

Dans 10 cas il s'agissait de petits enfants nés avant terme, pesant moins de 2.500 grammes, qui tétaient mal ou ne savaient pas téter du tout. Les mères paraissaient avoir assez de lait. Les enfants augmentaient peu et leur état n'était pas satisfaisant.

Dans un cas la mère donnait sans cesse le. sein, toutes les 10 minutes, sans qu'il fut possible à l'infirmière de lui faire entendre raison. L'enfant finit par avoir une diarrhée jaune et n'augmenta que de peu.

Dans ces 59 cas que nous venons d'examiner, l'augmentation moyenne des enfants n'a été que de 12 grammes. 81 o/o seulement des enfants avaient commencé à augmenter, 19 sont restés stationnaires ou ont diminué. Dans plus de la moitié des cas, 31 fois ou 52,5 o/o on a ajouté à l'alimentation des enfants du lait stérilisé, ou on a eu recours à une nourrice pendant un temps variable.

Dans 17 cas on dut supprimer l'allaitement pour quelques jours ; 6 fois on fut appelé à le faire pour des crevasses graves, étendues, en mauvais état ; 2 fois chez des femmes atteintes de pleurésie et de congestion pulmonaire afin de ne pas trop les fatiguer ; 1 fois chez une femme soumise à l'irrigation continue ; 8 fois enfin pour des lymphangites. Dans 3 cas de lymphangites à peine hyperthermiques on a permis l'allaitement unilatéral.

Pas toutes de ces femmes étaient tout à fait bien portantes. — 4 étaient albuminuriques, 2 syphilitiques, 3 enfin ont eu des élévations de température pendant la suite des couches.

Il nous reste à examiner les 8 derniers cas : dans 5, il s'agissait de défense temporaire avec autorisation de reprendre l'allaitement après la disparition des accidents morbides. 2 de ces femmes étaient atteintes de congestion pulmonaire, une d'éclampsie, une d'emphysème sous-cutané de la face et du cou, qui nécessitait un repos horizontal ; la dernière enfin était dans un état d'anémie extrême de cause inconnue. Toutes ces femmes furent autorisées à reprendre l'allaitement après leur guérison. C'est pourquoi nous les avons placées dans cette catégorie. Nous ne savons rien sur leur valeur, comme nourrices, puisqu'elles n'ont pas allaité. Il nous reste encore une femme chez laquelle la montée laiteuse se fit très tardivement, après le 4e jour, et qui n'avait que peu de colostrum. L'enfant qui n'avait pris que le sein de la mère, saisissait difficilement les mamelons, rendus peu préhensibles par la montée laiteuse particulièrement violente. Il ne commença à bien têter que vers le 7e jour, jour de son départ. Il n'y eut donc pas d'augmentation dans ce cas par suite de ce départ précipité.

Dans 2 cas enfin, malgré la surveillance, nous avons constaté une mauvaise volonté évidente du côté des mères. Toutes les 2 avaient beaucoup de lait, les enfants tétaient très bien en présence des personnes chargées de surveiller l'allaitement. — Cependant tous les 2 avaient diminué. — Probablement les mères, abandonnées elles-mêmes par les pères des enfants, voulaient à leur tour se débarrasser par un crime de ces pauvres petits êtres, qui constituaient pour elles une charge trop lourde.

Différence des résultats obtenus chez les femmes allaitant pour la première fois et chez celles qui avaient déjà allaité antérieurement.

En examinant à ce point de vue nos 3 tableaux, nous voyons d'abord que le nombre des bonnes nourrices est supérieur dans le groupe des femmes ayant déjà allaité.

Il est de 80 o/o chez les femmes n'ayant jamais allaité ;
de 79, 5 o/o — qui ont peu allaité ;
de 91, 1 o/o — qui ont beaucoup allaité.

Nous voyons en second lieu que le nombre de bonnes nourrices sans aucune complication est également de beaucoup supérieur chez les femmes qui n'en sont plus à leur premier allaitement.

Ce nombre est de :

32, 7 o/o chez les femmes qui allaitent pour la première fois ;
43, 1 o/o — qui ont peu allaité ;
47, 7 o/o — qui ont beaucoup allaité ;

Les complications sérieuses du côté des mamelons, assez sérieuses pour gêner l'allaitement au point de rendre impossible une augmentation régulière de l'enfant, sont beaucoup plus rares chez les multipares, dont les mamelons sont plus résistants. — Ainsi ces complications graves surviennent :

Dans 10, 9 o/o cas chez les femmes qui allaitent poür la 1re fois.
— 6, 8 o/o — — ont peu allaité.
— 3, 3 o/o — — beaucoup allaité.

Nous constatons aussi que les cas d'agalactie ne se rencontrent que chez les femmes qui n'ont jamais allaité.

Il est évident qu'il en est de même des mamelons très défectueux.

Après l'examen attentif de nos 3 tableaux, nous arrivons donc aux conclusions suivantes :

1° Les femmes à peu d'exceptions près, peuvent toutes être de bonnes nourrices ;

2° Plus de 4/5 des femmes le sont dès le début de l'allaitement ;

3° Presque toutes les autres le deviennent après un temps plus ou moins long ;

4° Les cas d'agalactie sont excessivement rares ; l'agalactie absolue n'existe pas ;

5° La nécessité d'interdire l'allaitement s'impose très rarement ;

6° Les multipares qui ont allaité leurs enfants, sont meilleures nourrices que les primipares ;

7° Les complications du côté des seins sont chez les anciennes nourrices plus rares et moins graves.

CHAPITRE II

Fréquence de l'allaitement maternel chez les femmes observées.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que la grande majorité des femmes peuvent nourrir. Recherchons maintenant si toutes accomplissent ce devoir.

Pour nous rendre compte de la fréquence de l'allaitement maternel chez les femmes, soumises à notre examen, nous leur avons d'abord demandé, si elles avaient l'intention d'allaiter l'enfant dont elles venaient d'accoucher ; nous avons demandé d'autre part à toutes les multipares qui ont eu antérieurement des enfants vivants, si elles les avaient allaités.

Des 433 femmes qui restent en éliminant celles à qui il est défendu ou impossible d'allaiter, 148 ou 34, 1 0/0 ont répondu qu'elles avaient l'intention d'allaiter elles-mêmes, 262 ou 60,5 0/0, qu'elles n'allaiteraient pas, 23 ou 5, 3 0/0, qu'elles n'étaient pas encore décidées.

Ainsi, seulement le tiers de nos accouchées avaient l'intention d'allaiter leurs enfants ; nous croyons ce chiffre encore trop fort. En effet, les accouchées de la clinique Baudelocque savent très bien quelle importance M. le professeur Pinard attache à cette question ; elles entendent les éloges qu'il adresse à leurs compagnes qui ont allaité tous leurs enfants ; il est donc fort probable que souvent elles n'osent pas avouer leur véritable intention.

Les chiffres concernant les multipares sont plus exacts, puisque dans ces cas il ne s'agit plus d'intention, mais d'un fait accompli.

De nos multipares 209 ont eu des enfants vivants qu'elles auraient dû allaiter. Ces 209 femmes ont eu ensemble 429 enfants.

38 femmes ou 18,1 0/0 ont allaité tous leurs enfants.

36 femmes ou 17,2 o/o n'ont nourri qu'une partie de leurs enfants.

5 femmes ou 2,3 o/o donnaient aux enfants un allaitement mixte.

30 femmes ou 14,3 o/o n'ont allaité que peu de temps, pas tous.

100 femmes ou 47,8 o/o n'ont pas allaité du tout.

Nous voyons donc que :

18.1 o/o femmes ont allaité tous leurs enfants.

17,2 o/o — — une partie de leurs enfants.

2,3 o/o — donnaient à leurs enfants un allaitement mixte.

14,3 o/o femmes ont commencé à allaiter, mais n'ont pas continué.

47,8 o/o femmes enfin n'ont même pas commencé de nourrir.

Ainsi de toutes ces femmes 18,1 o/o seulement ont allaité tous leurs enfants.

Il est intéressant de connaître les causes qui ont empêché un si grand nombre de femmes d'allaiter.

CHAPITRE III

Causes qui empêchent les femmes pauvres d'allaiter.

Pour déterminer ces causes on peut suivre 2 méthodes : ainsi, on pourrait calculer le nombre d'enfants non allaités et chercher la cause de l'abstention de la mère dans chaque cas. Ce calcul nous donnerait un résultat, qui serait l'image exacte de la réalité. Mais il serait plus intéressant de faire ce calcul par rapport au nombre de mères elles-mêmes, afin d'avoir une idée plus nette de la fréquence des différentes éventualités empêchant une femme d'allaiter. Malheureusement ce dernier calcul ne peut être qu'approximatif, puisque une même femme allègue souvent des causes différentes pour chacun de ses enfants. 4 femmes, p. ex., qui n'ont pas nourri leurs premiers enfants par insuffisance de lait, disent en avoir eu assez pour les enfants suivants, qu'elles n'ont pas cependant nourris davantage, sous prétexte que leurs occupations les en ont empêchées.

Dans notre statistique ces femmes devraient figurer simultanément dans les 2 circonstances, ce qui embrouillerait le tableau.

Le calcul ainsi envisagé présentera donc nécessairement quelques inexactitudes que nous tâcherons de corriger en interprétant les chiffres.

Nous donnerons d'abord les chiffres exacts concernant les enfants : nos 209 multipares ont eu ensemble 429 enfants. Il y avait donc 429 candidats à l'allaitement maternel. Sur ces 429 enfants 138 seulement ou 32 0/0 ont été bien et assez longtemps allaités par leurs mères ; les 291 enfants qui restent ne le furent que très peu de temps, ou dans la plupart des cas pas du tout.

1 fois l'enfant a été abandonné aussitôt après sa naissance.

201 fois la profession des mères ne leur a pas permis de nourrir leurs enfants.

24 fois les mères se placèrent nourrices.

13 fois l'allaitement a été empêché par des lymphangites négligées, suivies d'abcès.

9 fois par des maladies de la mère.

1 fois par une nouvelle grossesse.

12 fois par la mauvaise conformation des mamelons.

10 fois par une agalactie presque complète.

17 fois par une trop petite quantité de lait dès le début.

3 fois enfin par une agalactie secondaire, puisque le lait n'est devenu insuffisant que du 2e au 4e mois.

En nous résumant nous voyons que sur 429 enfants :

138 ou 32,8 o/o ont été bien et longtemps allaités.

35 ou 8,1 o/o ont été trop peu allaités ou pas du tout pour causes pathologiques.

30 ou 6,9 o/o ont été trop peu allaités ou pas du tout pour manque de lait.

226 ou 52,6 o/o ont été trop peu allaités ou pas du tout pour des causes d'ordre économique.

Examinons maintenant ce que nous donnera une statistique faite par rapport aux mères. Nous avons déjà expliqué les causes d'erreurs inévitables. Dans tous les cas où la femme a manqué de lait ne fut-ce que pour un seul de ses enfants, nous l'avons toujours placée dans la catégorie d'agalactie, bien que dans certains cas, cette cause ait disparu lors des accouchements ultérieurs. De même les 73 femmes qui ont bien et longtemps allaité leurs enfants forment toutes une catégorie à part, tandis qu'en réalité un assez grand nombre d'entre elles se sont contentées de nourrir une partie de leurs enfants.

Il résulte de ce fait que le manque de lait est un obstacle qui intervient beaucoup moins souvent, que nous le disons, alors que les obstacles d'ordre économique sont en réalité encore plus fréquents. Faisons, en outre, remarquer que toutes les femmes, excepté celles, chez qui le fait est spécifié, avaient du lait en abondance.

Nous avons en tout 209 femmes dont 74 ou 35, 3 o/o seule-

ment ont allaité leurs enfants. 135 par contre ou 64, 7 o/o ne les ont pas allaité du tout ou trop peu.

De ces 135 femmes:

81 en étaient empêchées par leur profession;

19 se sont placées nourrices;

11 ont cessé à cause de lymphangites négligées, suivies d'abcès

9 n'ont pas nourri par ordre de médecin;

1 a cessé à la suite d'une nouvelle grossesse;

2 avaient des mamelons mal conformés;

1 n'avait presque pas de lait;

8 en avaient trop peu au début;

3 en ont eu trop peu à partir du 2e-4e mois.

En résumé:

74 femmes ou 35, 3 o/o ont bien et assez longtemps allaité leurs enfants.

23 femmes ou 11 o/o ont cessé ou n'ont pas commencé pour des causes pathologiques.

12 femmes ou 5, 7 o/o pour manque de lait.

100 femmes ou 47, 7 o/o pour cause d'ordre économique.

Examinons d'un peu plus près le 2e cas, qui comprend les femmes n'ayant pas allaité par ordre de médecin ou à cause de complications survenues au cours de l'allaitement:

11 femmes ont eu des crevasses négligées, compliquées de lymphangites et suivies d'abcès. Ces abcès auraient certainement pu être évités grâce à des soins antiseptiques convenables. Des 9 femmes malades, 3 étaient tuberculeuses, 1 a été prise d'un brusque accès de folie dont elle a guéri, 1 a été atteinte de fièvre typhoïde, 1 était cardiaque. Les réponses des 3 qui restent, sont vagues et peu concluantes; elles disent avoir été faibles et fatiguées.

Des 2 femmes à mamelons défectueux, l'une a vu cette malformation corrigée pendant son séjour à la clinique; on n'a pas essayé de soigner l'autre vu la difficulté du cas et l'intention de la mère de ne pas allaiter. Ce dernier cas est vraiment sérieux.

Il nous reste à examiner les cas d'agalactie et à rechercher si le chiffre donné n'est pas trop élevé. La mère de 11 enfants

(obs. III) qui n'avait que quelques gouttes de lait à chaque accouchement, paraît en effet atteinte d'agalactie primitive quoique non absolue. Disons toutefois que bien qu'elle dise avoir essayé de nourrir chacun de ses enfants, les essais ne furent jamais prolongés au delà de 2 semaines ce que nous savons être absolument insuffisant.

Cette raison est beaucoup plus probante chez les 8 femmes qui n'ont pas eu assez de lait dès le début de leur allaitement. 4 d'entre elles en ont eu assez pour les enfants suivants et ont pu les nourrir. Les 4 autres n'ont pas allaité il est vrai, mais ont eu en revanche assez de lait à la clinique Baudelocque lors de l'accouchement actuel. Ces 8 femmes s'étaient découragées au bout de très peu de temps et vu les résultats postérieurs, il est indubitable, que dès le premier allaitement les succions de l'enfant auraient fini par amener une sécrétion lactée abondante, si l'essai avait été suffisamment prolongé.

Trois femmes disent avoir perdu leur lait après le 2e ou 4e mois ; une l'aurait perdu à la suite d'une émotion, une autre avait commencé très tôt à donner à l'enfant une nourriture supplémentaire. — Nous attachons plus de confiance aux paroles de la 3e, qui a dû abandonner une place de nourrice, parce que son lait est devenu insuffisant.

De tous ces cas d'agalactie un seul, celui de la femme à 11 enfants (Obs. III) nous semble sérieux et encore !

En réalité ces cas sont donc excessivement rares et pourraient le devenir encore plus, si les femmes ne se décourageaient pas trop vite et si on n'abandonnait pas la partie après un essai de quelques jours, comme cela a lieu le plus souvent.

Quelle conclusion devons-nous tirer des réflexions précédentes au sujet des causes qui empêchent une femme pauvre d'allaiter son enfant ?

Nous voyons d'abord que les cas sont très rares, où elle n'allaite pas par manque de lait. Elle en a presque toujours assez. Quelquefois elle est obligée de cesser l'allaitement parce que les crevasses inévitables, qui auraient été l'objet de soins intelligents chez une femme d'un autre milieu social, entraînaient chez elle

des complications sérieuses. Nous avons déjà vu que les états pathologiques entraînant la défense d'allaiter ne se rencontrent que rarement. Comme il ne s'agit pas dans l'espèce de femmes cherchant des prétextes pour ne pas avouer la vérité, la cause : maladie n'est alléguée qu'exceptionnellement. Ces femmes ne sont pas non plus de celles qui craignent la fatigue ; elles sont toutes habituées au travail, à l'insomnie, à une existence de privations et de misère. La question de mode, les obligations mondaines n'existent évidemment pas pour elles. Quelle est donc chez elles la cause la plus fréquente, la cause qui domine toutes les autres et qui réussit si souvent à arracher l'enfant du sein maternel ? Il n'y en a qu'une, c'est la misère ! Ces femmes ne peuvent pas se permettre le luxe de nourrir leurs enfants, elles sont obligées de travailler du matin au soir, le plus souvent dehors, pour gagner leur vie et souvent aussi celle des leurs. Ici les considérations d'ordre économique priment toutes les autres. C'est une triste nécessité, c'est une question de vie ou de mort. Si l'enfant du malheureux succombe, victime de cet état de choses, la mère n'y est pour rien, elle ne pouvait pas agir autrement.

Nous ne pouvons pas nous empêcher de citer ici des statistiques fort curieuses concernant les femmes de certaines provinces de la Bavière et du Würtemberg. Ces statistiques prouvent que ces femmes, originaires de familles, où la tradition de l'allaitement maternel est perdue depuis de longs siècles, présentent presque toutes une atrophie des glandes mammaires et une agalactie presque complète. La mortalité infantile qui en Bavière et dans le Würtemberg s'élève en moyenne à 31 o/o et 32 o/o pour les enfants de la première année, monte dans ces provinces où les mères n'allaitent presque jamais, jusqu'à 50 o/o. A côté des provinces de Haute-Bavière, de Basse-Bavière et de Souabe, où cette haute mortalité a été constatée, il y en a d'autres, comme la Haute-Franconie, la Basse-Franconie et le Rheinpfalz, où, au contraire, les femmes nourrissent toujours et sont toutes d'excellentes nourrices, puisque c'est surtout dans cette région que fleurit

l'industrie nourricière. Ces provinces appartiennent à celles qui fournissent des nourrices à toute l'Allemagne.

Cette particularité, ainsi que l'excessive mortalité infantile de ces pays ont attiré depuis longtemps l'attention du monde médical. Ranke, Escherich, Herdegen, Maïer, Kerschensteiner (1), Buller (2), se sont occupés de cette question et ont tâché d'approfondir les causes de cet état de choses. Plusieurs d'entre eux ont mené une campagne active en faveur de l'allaitement maternel. Tous sont arrivés à des résultats presque identiques, tous ont reconnu que les femmes qui accouchent dans les maternités de Münich et de Stuttgart sont atteintes d'agalactie et que leurs glandes mammaires sont atrophiées.

Nous avons d'abord une statistique faite par Buller à l'hôpital de Hauner à Münich. Depuis 1861 à 1886 on a relevé les observations de 40.314 enfants qui ont passé par la polyclinique de cet hôpital. De ces enfants seulement 17 o/o furent élevés au sein ; de ces 17 o/o le tiers n'a eu dès le début que l'allaitement mixte. Des 2/3 qui restent, la plupart n'ont été élevés au sein que pendant 2 ou 3 mois.

Cette statistique basée sur un si grand nombre de faits prouve qu'à Münich et à ses environs, l'allaitement au sein est une exception.

D'autre part nous avons une statistique concernant les mères de ces enfants. Elle est de beaucoup moins nombreuse, puisque très peu de femmes relativement, ont répondu à toutes les questions du formulaire très détaillé, introduit à l'hôpital par Escherich. Cette statistique comprend 830 femmes, ce qui est un chiffre encore assez important. 58 o/o de ces femmes n'ont pu allaiter leurs enfants par manque de lait. On a constaté chez elles en effet des glandes rudimentaires.

Buller a interrogé d'autre part 253 femmes multipares, qui

(1) Kerschensteiner. Die Kindersterblichkeit in München. *Jahrbuch für Kinderh.*, 1876, p. 339.

(2) Buller. Ursachen und Folgen des Nichtstillens in München. *Jahrb. für Kinderh.*, 1887.

toutes voulaient allaiter, qui toutes ont commencé de le faire. Or 77 o/o de ces femmes furent obligées d'avoir recours dès le début à l'allaitement mixte ; la plupart n'ont pu continuer l'allaitement que pendant 2 mois.

D'après une statistique de Herdegen (1) à la maternité de Stuttgart, sur 392 accouchées, 3 seulement étaient atteintes d'agalactie complète, mais 88 ou 22, 5 o/o seulement ont eu du lait en quantité suffisante. Les 77,5 o/o, qui restent durent avoir recours à l'allaitement mixte dès le début. Dans la clientèle personnelle plus aisée de Herdegen 60 o/o des femmes n'ont pas de lait en quantité suffisante. Nous citerons encore une dernière statistique de 200 femmes de Maïer (2), faite à Münich. Elle établit que toutes les nourrices voient leurs règles revenir le plus souvent le 2e ou le 3e, au plus tard le 4e mois. En présence de ces faits si concluants, ces auteurs n'hésitent pas : ils admettent tous une atrophie des glandes mammaires, transmise par voie d'hérédité de génération en génération.

On a recherché aussi les causes de cette habitude de ne pas allaiter, qu'ont les femmes de Münich et des provinces citées plus haut. On a surtout accusé le manque d'instruction, certains préjugés quelquefois fort curieux. Schilling dans son livre : *Civilizatorischer Kindermord* (3), nous apprend par exemple que dans certains endroits de la Souabe, l'allaitement au sein est considéré comme indécent par les familles catholiques, tandis que les protestants ne partagent pas cette manière de voir. Les auteurs, qui se sont occupés de cette question, entre autres Kerschensteiner (4), incriminent aussi le costume national des femmes des provinces déjà nommées. En effet, les femmes y ont la coutume de comprimer très fortement leurs seins par un corselet de forme spéciale, très rigide ; elles sont toujours sanglées. C'est un détail fort important de leur costume national, auquel elles ne renoncent qu'avec difficulté.

(1) HERDEGEN, voir BULLER, *loc cit.*
(2) MAIER, voir BULLER, *loc, cit.* et KERSCHENSTEINER, *loc. cit.*
(3) SCHILLING, voir BULLER, *loc cit.*
(4) KERSCHENSTEINER, *loc cit.*

Nous ne pouvons que citer toutes ces opinions. La conséquence de ces habitudes fâcheuses se fait maintenant sentir. La propagande active faite en faveur de l'allaitement maternel par le corps médical à Münich et à Stuttgart, donne des résultats peu satisfaisants. Les femmes expient les fautes de leurs aïeules et ne peuvent plus être de bonnes nourrices, malgré leur bonne volonté.

Ces faits si curieux et si pleins d'enseignement méritaient, il nous semble, d'être mentionnés.

CHAPITRE IV

Mode d'alimentation des enfants ; mortalité infantile dans le milieu ouvrier.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les tristes résultats de l'abandon de l'allaitement maternel. Tâchons de savoir, quel a été le sort de ces enfants déshérités, privés du sein de leurs mères.

Nous savons déjà que nos 209 multipares avaient ensemble 429 enfants.

Examinons d'abord comment ces enfants ont été alimentés pendant leur première enfance, ensuite quelle a été leur mortalité pendant la première année de leur vie.

Sur les 429 enfants :

1 ou 0, 2 0/0 a été abandonné par sa mère.

138 ou 32, 1 0/0 ont été allaités par leurs mères au moins 7 mois.

36 ou 8 0/0 ont été allaités par des nourrices à la campagne.

26 ou 6 0/0 ont reçu dès le début une alimentation mixte.

40 ou 9, 3 0/0 ont eu le sein maternel pendant un temps fort restreint (de 1 à 7 mois), ensuite ils furent élevés au biberon à Paris ou plus souvent à la campagne.

188 ou 43, 8 0/0 ont été élevés dès le début au biberon, quelquefois à Paris, plus souvent à la campagne.

Nous avons donc en somme :

40 0/0 enfants élevés au sein.

6 0/0 — soumis à un allaitement mixte.

53 0/0 — élevés au biberon.

La proportion des enfants condamnés au biberon est énorme, elle dépasse la moitié du nombre total.

Les chiffres fournis par la statistique de la mortalité infantile

dans la première année par rapport au mode d'alimentation, chiffres que nous avons déjà cités (1), sont très éloquents. Ils prouvent l'énorme supériorité de l'allaitement naturel.

Notre statistique apporte une preuve nouvelle que ces chiffres sont l'image exacte de la triste réalité.

Des 429 enfants, 1 a été abandonné, nous ne savons donc pas ce qu'il est devenu. Il reste 428 enfants, dont 133 sont morts avant la première année, ce qui nous donne une mortalité moyenne de 31 o/o.

Remarquons que ce résultat ne diffère presque pas des chiffres classiques.

Cooper (2) a trouvé à Londres une mortalité de 34, 5 o/o dans les familles pauvres (3), Casper a constaté que cette mortalité était de 30, 5 o/o pour le milieu ouvrier et de 35, 7 o/o pour la plus basse classe.

Mais que devient cette moyenne, si l'on groupe les enfants, selon le mode d'alimentation ?

Sur les 138 enfants élevés au sein maternel, au moins pendant 7 mois 15 ou 10, 8 o/o sont morts pendant la première année.

Sur les 36 enfants élevés au sein d'une nourrice sur place, 8 ou 22, 2 o/o sont morts pendant la même période.

Sur les 26 enfants qui recevaient un allaitement mixte, 12 ou 46, 1 o/o sont morts dans le même laps de temps.

Sur les 40 enfants nourris pendant un temps restreint (1-7 mois) par leurs mères et élevés ensuite au biberon, 12 ou 30 o/o sont morts dans la première année.

Sur les 188 enfants élevés dès le début au biberon, 86 ou 45,7 o/o sont morts dans la première année.

Nous voyons donc que la mortalité des enfants allaités par leurs mères n'est que de 10, 8 o/o, bien que nous ayons affaire à des femmes surmenées, peu instruites et que les enfants reçoivent rarement les soins indispensables. Cette faible mortalité mérite de retenir notre attention. Elle nous permet d'affirmer que

(1) Voir Considérations générales.
(2) Cooper, *loc. cit.*
(3) Casper, *loc. cit.*

le sein maternel est la vraie prophylaxie de la mortalité infantile, surtout dans les classes pauvres. Il n'en est plus de même de l'allaitement au sein mercenaire. Il nous a donné une mortalité de 22 o/o. Les enfants ainsi allaités sont probablement moins bien soignés et souvent cet allaitement n'est en réalité qu'un allaitement mixte déguisé. Lorsque les mères ont pu allaiter leurs enfants au moins pendant les premiers mois de leur vie et n'ont commencé l'allaitement artificiel que plus tard, la mortalité a été de 30 o/o. Lorsque, au contraire, le biberon a été donné dès le début, la mortalité a atteint 45, 7 o/o.

La plus forte mortalité a été atteinte par les enfants élevés moitié au sein, moitié au lait de vache. — Elle est de 46, 1 o/o. C'est un chiffre évidemment trop élevé pour un allaitement mixte bien fait. En effet, les mères obligées de travailler le jour, portaient leurs enfants le matin à une crèche, où d'après leur avis ils étaient mal soignés ; elles les reprenaient en revenant chez elles, et les allaitaient au sein pendant la nuit. Ce n'était donc pas un allaitement mixte bien exécuté, mais plutôt un allaitement de nuit, fréquent chez les ouvrières et aussi, à ce qu'il paraît, chez les paysannes. Il faudrait aussi savoir quel rôle ont joué dans cette mortalité les promenades matinales et nocturnes imposées à l'enfant.

Les enfants élevés au biberon nous ont donné une mortalité de 45, 7 o/o. Là ne se bornent pas les méfaits du biberon. En effet, la majorité des enfants qui ont survécu étaient rachitiques. — Malheureusement nous ne pouvons pas donner des chiffres exacts, puisque dans beaucoup de cas, les enfants, ayant été envoyés en nourrice, les mères ne savaient pas à quel âge ils avaient commencé à marcher et ignoraient l'état de leur dentition. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que ces cas étaient extrêmement fréquents, qu'un grand nombre d'enfants ne marchaient pas encore à 2 ans et même plus tard.

Nous avons trouvé une statistique intéressante de Gumplowicz recueillie à la clinique d'accouchements de Graz (1). On avait

(1) Gumplowicz, *Prager medizinische Wochenschrift*, 1889, n° 50.

interrogé 339 femmes multipares, dont 183 avaient élevé leurs enfants au sein, 155 artificiellement. Sur les enfants élevés au sein, 55 o/o le furent seulement jusqu'à 4 mois, 34 o/o jusqu'à un an, 11 o/o au delà d'un an. Des enfants élevés au sein 28, 4 o/o sont devenus rachitiques, tandis que 50, 3 o/o des enfants élevés au biberon ont été reconnus affectés de rachitisme.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

De la façon dont la sécrétion lactée s'établit chez les femmes et de son abondance.

Pour l'étude de cette question nous avons pu nous servir de nos 500 observations, puisque la sécrétion lactée s'est faite chez toutes les femmes sans exception. Chez celles qui n'allaitaient pas, on faisait il est vrai un bandage compressif, qui amenait bientôt une diminution de la quantité de lait, mais on le ne faisait qu'après la montée laiteuse. On pouvait donc se rendre compte approximativement de la quantité de lait chez elles, et de la façon dont cette sécrétion s'était établie.

Nous avons d'abord interrogé toutes ces femmes au point de vue de la sécrétion colostrale, pour nous rendre compte de la relation qui existe entre ces deux sécrétions et pour vérifier les indications de Donné (1).

Nous n'avons trouvé rien de bien concluant. D'abord les femmes de ce milieu social s'occupent fort peu de leurs personnes, elles ne s'aperçoivent souvent de la présence du colostrum, que lorsqu'il y a en même temps excrétion. Beaucoup ont répondu ne pas en avoir eu, quoiqu'un examen plus attentif eût vraisemblablement prouvé le contraire. Si l'on voulait prendre à la lettre leurs réponses, le tiers des femmes n'auraient pas eu de colostrum

(1) Donné, *Du lait et en particulier de celui des nourrices.*

avant l'accouchement, ce qui est évidemment faux. Un fait nous semble établi : nous avons compté 5c femmes chez lesquelles le lait a paru dès le début en petite quantité : 24 ont fini par en avoir beaucoup avant leur départ, 26 au contraire ont continué à en avoir très peu pendant leur séjour à la clinique. De ces 26 femmes presque toutes ont affirmé ne pas avoir eu de colostrum pendant leur grossesse. Ce fait ne présente cependant aucun intérêt pratique, puisqu'un grand nombre de femmes prétendant ne pas avoir eu du colostrum, ont eu cependant du lait en abondance. — Dans tous les cas, où les femmes nous ont dit avoir eu du colostrum abondant, il en fût de même de leur lait. Nous pouvons donc affirmer, que si le colostrum est abondant, le lait le sera presque toujours ; si au contraire il est en petite quantité, ou s'il n'y en a pas du tout, on ne peut rien avancer, sinon que ce fait n'empêche en rien la femme d'avoir du lait en abondance.

En étudiant d'autre part la relation entre l'abondance du lait et le volume des seins et des glandes mammaires, nous sommes arrivée à la conclusion suivante :

Malgré un grand nombre de glandes paraissant petites nous n'avons observé aucun cas d'agalactie absolue, nous n'avons observé que 2 cas, où on était autorisé à déclarer qu'il n'y avait que quelques gouttes de lait. Dans ces 2 cas les seins et les glandes étaient en effet absolument rudimentaires, n'existaient pour ainsi dire pas. Dans la plupart des cas, où le lait était en petite quantité, les glandes étaient peu développées ; mais en revanche nous avons vu très souvent de petites glandes sécréter du lait en abondance. Dans un cas de glandes de volume absolument extraordinaire, nous n'avons pas observé, comme conséquence une plus grande abondance du lait. La seule conclusion que nous puissions tirer de ces faits est la suivante :

Dans les cas, où les glandes sont très peu développées, il est à craindre, que la quantité de lait ne soit trop peu considérable.

Il en est de même avec l'augmentation du volume des seins pendant la grossesse. C'est à peine, si la moitié des femmes ont remarqué une légère augmentation. Chez 22 les seins ont doublé

de volume, chez 8 ils présentaient des vergetures analogues à celles de la paroi abdominale. Les autres n'ont observé aucune modification, bien que dans leur nombre il y eût beaucoup d'excellentes nourrices. Les femmes qui ont eu très peu de lait après leur accouchement, n'ont jamais vu augmenter leurs seins pendant la grossesse.

Nous arrivons donc à la conclusion suivante :

Si, pendant la grossesse, les seins à glandes bien développées, augmentent de volume et contiennent du colostrum en plus ou moins grande quantité, il est certain que la femme aura beaucoup de lait. Dans le cas contraire, on ne peut rien affirmer, sinon que dans la plupart des cas, la sécrétion lactée sera abondante, malgré ces circonstances.

Pour terminer disons quelques mots de la façon dont le lait fait son apparition après l'accouchement. Presque toujours les seins deviennent gros, durs, douloureux, tendus, il y a engorgement des ganglions axillaires, céphalalgie, malaise, accélération du pouls, quelquefois même un vrai frisson avec claquement de dents. Nous avons observé ce frisson 2 fois chez 2 primipares (voir observ. XVI), qui ont eu toutes les 2 une montée laiteuse d'une violence exceptionnelle. Ils n'ont pas été accompagnés d'élévation de température. Dans d'autres cas, les mêmes phénomènes existent, mais atténués. Il y a des cas enfin, où le lait apparaît d'une façon absolument insensible, pour ainsi dire imperceptible. A un moment donné, en pressant le sein, on s'aperçoit que le colostrum s'est transformé en lait parfait. Ces cas de montées imperceptibles sont assez fréquents et quelquefois elles sont suivies d'une sécrétion laiteuse très abondante. Il ne faut pas les confondre avec les cas de montée nulle ou presque nulle, qui n'est suivie d'aucune sécrétion ou d'une sécrétion tout à fait insignifiante.

L'étude des faits relatifs à la montée laiteuse, nous oblige de classer les 500 femmes observées par nous en 3 catégories.

I° Enfants presque à terme ou à terme de 8 à 9 mois, vivants ou morts pendant le travail (463 femmes).

II° Avortements de 2 à 8 mois d'enfants non macérés (24 femmes).

III° Enfants macérés morts depuis un certain temps (13 femmes).

PREMIERE CATÉGORIE.

Enfants presque à terme ou à terme vivants ou morts pendant le travail (463 femmes).

Cette catégorie comprend :
90 femmes qui ont beaucoup allaité.
45 — peu —
328 — n'ont jamais —

Il nous a paru particulièrement intéressant de calculer quel pouvait être le nombre de femmes affectées d'agalactie primitive complète ou presque complète. Les opinions de différents auteurs diffèrent essentiellement sur ce point. Les uns, comme M. le professeur Pinard (1) et Biedert (2) sont d'avis que l'agalactie complète, absolue n'existe jamais, que les femmes qui, soi-disant en sont atteintes, présentent toujours du lait en quantité, il est vrai, parfois insignifiante. A côté de cette opinion nous trouvons celle de Jacquemier (3), que nous reproduisons textuellement : « *Un très grand nombre* d'enfants seraient condamnés à mourir de faim, s'ils n'avaient à compter que sur le sein de leurs mères. Dans toutes les classes de la société il existe *un très grand nombre* de femmes chez qui le mouvement organique excité par la fécondation s'étend à peine aux mammelles. Il n'y a pas chez elles d'établissement de la sécrétion laiteuse ; ce sont des femmes véritablement affectées d'agalactie primitive ». Delore (4) croit que les femmes à agalactie complète ne sont pas rares. Coudereau (5) nous apprend qu'il y a *pénurie* du lait de femme en France. Désormeaux (6) soutient que l'agalactie est assez fréquente. Le célèbre mot de

(1) Pinard, *Leçons faites à la clinique Baudelocque*, 1893 94.
(2) Biedert, *loc. cit.*
(3) Jacquemier, *Dictionnaire Dechambre*. Article : « allaitement ».
(4) Delore, *Dictionnaire Dechambre*. Article : « nourrice ».
(5) Coudereau, These de Paris, 1869.
(6) Désormeaux, *Dictionnaire en 30 volumes*. Article : « allaitement ».

Pajot : « La mammelle se meurt, la mammelle est morte », est universellement connu. On conçoit l'énorme importance de cette question. Si en effet les auteurs pessimistes avaient raison, il faudrait bien admettre que l'aptitude à allaiter est sur le point de disparaître chez les femmes françaises. Les résultats que nous avons obtenus sont absolument opposés à cette façon de voir.

Sur les 463 femmes, à terme ou à peu près, que nous avons observées :

Chez 58	femmes	on 12,5 o/o	le lait était	excessivement abondant.
— 379	—	81,8 o/o	—	abondant ou assez abondant.
— 24	—	5,1 o/o	—	peu abondant.
— 2	—	0,4 o/o	il n'y a eu que quelques gouttes de lait.	

Nous n'avons pas observé un seul cas d'agalactie complète. Dans 2 cas il y a eu, il est vrai, très peu de lait, mais enfin il y en a eu tout de même. Une de ces femmes VIIIpare n'avait pas essayé d'allaiter ses enfants, l'autre qui en avait eu 11 (observ. III), avait au contraire essayé de les allaiter, mais y avait renoncé, car le lait ne venait pas. Ces essais ne furent jamais prolongés au delà de 2 semaines.

Dans 24 cas nous avons constaté que les femmes n'avaient que peu de lait ; 6 n'ont pas allaité à la clinique pour des causes accidentelles, 18 ont allaité. De ces 18 femmes, 12 ont pu cependant fournir à leurs enfants assez de lait, pour que leur augmentation journalière fût supérieure à 20 grammes. Nous avons donc pu les placer dans la catégorie de bonnes nourrices. Nous devons ajouter que dans 2 cas, le lait très peu abondant, en effet, montait immédiatement après les premières succions de l'enfant, ce dont les femmes toutes 2 multipares, se rendaient parfaitement compte par une sensation toute particulière ; 3 ont été placées dans la catégorie des femmes sur lesquelles nous n'avons pas pu nous faire une opinion (2 de ces femmes étaient malades, la 3[e] avait des mamelons courts et des crevasses). Les 3 dernières enfin furent placées dans la catégorie de nourrices insuffisantes, vu qu'il n'y avait aucune complication et que la quantité de lait qu'elles fournissaient ne pouvait pas suffire.

Des 437 femmes qui toutes ont eu du lait en abondance, 24

en avaient eu peu au début, mais assez depuis le 6e, 7e et le 8e jour, une depuis le 14e seulement. Toutes sont sorties de la clinique avec une sécrétion lactée abondante.

En présence de ces chiffres il nous est impossible d'admettre « la pénurie du lait de femme en France ». Nous ne croyons pas que la « mammelle soit morte, ou qu'elle soit prête à mourir ». Au contraire, nous constatons qu'elle fonctionne très bien et que si malheureusement un grand nombre de femmes néglige de s'en servir, il faut chercher ailleurs les causes et ne pas l'attribuer à une impossibilité physiologique.

On pourrait cependant nous objecter que nous ne nous trouvons pas dans de bonnes conditions pour affirmer si catégoriquement, que presque toutes les femmes ont suffisamment de lait. On nous dira que nous n'avons pas eu assez de temps pour juger cette question. Nous avons en mains une autre preuve, plus concluante que les chiffres que nous avons donnés. Il s'agit non plus de femmes qui vont allaiter, dont la sécrétion lactée est en train de s'établir, mais des femmes qui ont allaité pendant un temps plus ou moins long. Parmi nos 500 femmes il y a un assez grand nombre de multipares ayant eu des enfants vivants qu'elles auraient dû allaiter. Leur nombre s'élève à 209. Toutes ces femmes n'ont pas allaité, un grand nombre d'entre elles ne l'ont fait que pendant un temps restreint. Dans le chapitre III de la Ire partie de notre travail nous avons tâché de déterminer les causes qui ont empêché ces femmes de faire leur devoir. Sur toutes ces 209 femmes 12 seulement ou 5, 7 0/0 ont dit avoir eu trop peu de lait, toutes les autres en ont eu en abondance. Nous avons déjà établi que ce chiffre est trop élevé, puisque les femmes se sont découragées au bout de peu de temps, à une phase de la lactation, où il était encore impossible de prévoir si les succions de l'enfant n'auraient pas fini par éveiller une plus grande activité des glandes mammaires. — Même ce nombre de 5, 70/0 est encore de beaucoup supérieur à la réalité. — Où donc trouver ces cas d'agalactie soi-disant si fréquents? Nous n'en voyons nulle part, et nous avons la ferme conviction qu'au contraire ils sont très exceptionnels, et le plus souvent curables. Nous en

avons une excellente preuve sur 4 de nos femmes à agalactie primitive. Elles n'ont pas allaité leurs premiers enfants faute de lait et ont été d'excellentes nourrices pendant leur dernier séjour à la clinique Baudelocque.

Si nous voulons maintenant nous rendre compte de la différence qui existe au point de vue de l'abondance du lait chez les femmes ayant déjà allaité et celles qui ne l'ont jamais fait, jetons un coup d'œil sur les tableaux suivants :

Sur les 90 femmes qui ont beaucoup allaité :

16 ou 17, 7 0/0, ont eu du lait extrêmement abondant.
71 ou 78, 8 0/0, — très ou assez abondant.
3 ou 3, 3 0/0, — peu abondant.

Sur les 45 femmes ayant peu allaité :

6 ou 13, 3 0/0, ont eu du lait extrêmement abondant.
37 ou 82, 2 0/0, — très ou assez abondant.
2 ou 4, 4 0/0, — peu abondant.

En outre 4 femmes n'ont commencé à avoir assez de lait que vers la fin de leur séjour à la clinique.

Sur 328 femmes allaitant pour la première fois :

36 ou 10, 9 0/0, ont eu du lait extrêmement abondant.
271 ou 82, 6 0/0, — très ou assez abondant.
19 ou 5, 7 0/0, — peu abondant.
2 ou 0, 6 0/0, ont eu à peine quelques gouttes de lait.

En outre 20 femmes n'ont commencé à avoir assez de lait que vers la fin de leur séjour à la clinique.

Ainsi les cas de petite quantité de lait se rencontrent presque tous chez des femmes n'ayant jamais nourri. — D'autre part les cas d'abondance extrême sont relativement plus rares chez les primipares, pour devenir très fréquents chez les femmes ayant déjà allaité un ou plusieurs enfants. Nous ne dirons pas avec Olivier (1), « que la primipare n'est généralement pas une bonne nourrice, qu'elle n'est point encore laitière » ; nous dirons seulement qu'une femme sera moins bonne nourrice pour son premier enfant, que pour ceux qui lui succéderont, ce qui n'empêche pas le premier-né d'être cependant suffisamment bien allaité.

(1) OLIVIER, *Archives de Tocologie*, 1892.

Toutes nos multipares ont en général moins de lait pendant leur premier allaitement que pendant les suivants, excepté des rares cas où d'autres facteurs sont venus s'interposer, comme par exemple dans le cas d'une multipare accouchée de son 12e enfant (observ. I). Cette femme n'avait assez de lait que pour son 8e et son 9e enfant, car seulement pendant ces 2 allaitements elle était dans des conditions matérielles assez satisfaisantes. Pendant les allaitements précédents et suivants, elle se trouvait dans une misère noire ; ne mangeant jamais assez, elle se surmenait, aussi fut-elle obligée d'avoir recours à l'allaitement mixte. A la clinique elle allaitait bien son 12e enfant, avait du lait en quantité suffisante, ce qu'elle attribuait elle-même au repos et à la bonne nourriture. Ce fait prouve notre assertion.

La fonction développe les glandes mammaires. Il est donc rationnel de penser que chez une femme possédant trop peu de lait au début, la succion de l'enfant augmentera peu à peu cette quantité. C'est ce qu'on observe souvent. Nous avons déjà dit qu'à la clinique 24 femmes n'ont commencé à avoir assez de lait que pendant les derniers jours de leur séjour. Le professeur Pinard (1), Segay (2), Biedert (3) citent de nombreux faits où l'allaitement mixte institué au début a pu être transformé en allaitement complet au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois seulement au bout de 2 à 3 mois.

Jamais nous n'avons observé le cas contraire. Désormeaux (4) soutient qu'il existe des cas, où contrairement à tous les principes physiologiques, les glandes sembleraient s'atrophier à mesure que les allaitements se succèdent. Il est probable que dans ces cas en cherchant bien, on trouverait toujours une cause pathologique ou accidentelle modifiant l'ordre naturel des choses.

Quant aux cas de galactorrhée, considérés comme assez fréquents par certains auteurs, nous n'en avons pas observé un seul.

(1) Pinard, *loc. cit.*
(2) Segay, *Des moyens de généraliser l'allaitement maternel.*
(3) Biedert, *loc. cit.*
(4) Désormeaux, *loc. cit.*

Intensité de la montée laiteuse. — Après nous être occupée du degré d'abondance du lait chez les femmes en général et dans les cas particuliers, nous étudierons la montée laiteuse dans le sens ordinaire de ce mot.

Sur les 463 femmes accouchées à terme ou à peu près, chez :

289 ou 62,4 0/0 la montée à été violente ou très forte.
84 ou 18,1 0/0 — d'intensité moyenne.
63 ou 13,6 0/0 — faible.
25 ou 5,4 0/0 — insensible.
2 ou 0,4 0/0 — nulle.

Si nous voulons nous rendre compte des différences d'intensité de la montée laiteuse chez les différentes catégories de femmes, nous constatons que :

Sur 90 femmes qui ont beaucoup allaité.
65 ou 72,2 0/0 ont eu une montée très forte.
10 ou 11,1 0/0 — d'intensité moyenne.
15 ou 16,6 0/0 — faible ou insensible.

Sur les 45 femmes qui ont peu allaité :
32 ou 71,1 0/0 ont eu une montée forte.
4 ou 8,8 0/0 — d'intensité moyenne.
9 ou 20,0 0/0 — faible ou insensible.

Sur les 328 femmes qui n'ont jamais allaité :
192 ou 58,5 0/0 ont eu une montée forte.
70 ou 21,3 0/0 — d'intensité moyenne.
64 ou 19,5 0/0 — faible ou insensible.
2 ou 0,6 0/0 — nulle.

Les cas de montée forte sont beaucoup plus nombreux chez les femmes ayant allaité antérieurement, que chez celles qui allaitent pour la première fois.

Les cas de montée insensible ou faible sont au contraire plus nombreux chez les dernières.

Les 2 cas de montée nulle se rapportent à des femmes n'ayant jamais allaité.

Il y a une relation intime entre l'intensité de la montée laiteuse et l'abondance de la sécrétion lactée.

Sur les 289 femmes à montée forte :

53 ou 18,3 o/o ont eu du lait extrêmement abondant.
233 ou 80,6 o/o — assez abondant.
3 ou 1,0 o/o — en petite quantité.

Sur les 84 femmes à montée moyenne :

2 ou 2,3 o/o ont eu du lait excessivement abondant.
78 ou 92,9 o/o — assez abondant.
4 ou 4,7 o/o — peu abondant.

Sur les 63 femmes à montée faible :

2 ou 3,1 o/o ont eu du lait excessivement abondant.
48 ou 76,2 o/o — assez abondant.
13 ou 20,6 o/o — en petite quantité.

Sur les 25 femmes à montée insensible :

1 ou 4 o/o ont eu du lait excessivement abondant.
20 ou 80 o/o — assez abondant.
40 ou 16 o/o — en petite quantité.

Sur les 2 femmes à montée nulle :

2 n'ont eu que quelques gouttes de lait.

La relation apparaît évidente entre la quantité de lait et la force de la montée : une montée forte est suivie bien plus souvent d'une sécrétion laiteuse abondante qu'une montée faible ou imperceptible. Il ne faut cependant pas oublier qu'il n'y a rien d'absolu et que souvent chez des nourrices excellentes la montée du lait s'effectue d'une manière insensible. En présence d'une montée peu accusée il ne faut pas se hâter de considérer la femme comme nourrice insuffisante.

Epoque de la montée laiteuse. — Au point de vue de l'espace de temps qui s'écoule entre l'accouchement et l'apparition du lait chez une femme, il y a de très grandes différences suivant les 3 catégories de femmes.

Les chiffres donnés par les auteurs ne dépassent ordinairement pas la 60e heure à partir de l'accouchement. Les extrêmes que nous avons observés varient entre 12 heures et 144 heures. Les moyennes sont différentes pour les 3 catégories de femmes.

Chez celles qui ont beaucoup allaité, la montée laiteuse s'est faite en moyenne 56 heures après l'accouchement.

Chez les femmes qui ont peu allaité, elle s'est produite 59 heures après.

Chez celles qui allaitaient pour la première fois elle ne s'est manifestée en moyenne que 74 heures après l'expulsion de l'enfant.

Chez les 90 femmes qui ont beaucoup allaité :

1 fois ou	1,1 o/o	la montée a eu lieu	avant	24 heures
12 —	13,3 o/o	—	—	de 24-48 —
57 —	63,3 o/o	—	—	48-72 —
17 —	18,8 o/o	—	—	72-96 —
3 —	3,3 o/o	—	—	96-120 —

Chez les 45 femmes qui ont peu allaité :

6 fois ou	13,3 o/o	la montée a eu lieu	de	24-48 heures
22 —	48,8 o/o	—	—	48-72 —
16 —	35,5 o/o	—	—	72-96 —
1 —	2,2 o/o	—	—	96-120 —

Sur les 328 femmes qui allaitaient pour la première fois :
2 n'ont pas eu de montée laiteuse.

Chez les 326 autres femmes :

9 fois ou	2,7 o/o	la montée a eu lieu	de	24-48 heures
115 —	35,2 o/o	—	—	48-72 —
159 —	48,7 8/o	—	—	72-96 —
42 —	12,8 o/o	—	—	96-120 —
1 —	0,3 o/o	—	—	120-144 —

Nous voyons que si, dans les 2 premières catégories le maximum de fréquence se produit de 48 à 72 heures, c'est-à-dire le 3e jour après l'accouchement, les femmes qui allaitent pourla première fois voient le plus souvent la montée s'effectuer entre la 72e et la 96e heure, c'est-à-dire dans le courant de la 4e journée seulement.

Quelquefois aussi la montée laiteuse ne se fait que le 5e ou le 6e jour. Ce sont des faits d'une très grande importance pratique. Ils prouvent qu'il ne faut pas se hâter de déclarer qu'une femme n'aura pas de lait. Il faut savoir attendre et attendre assez longtemps sans prendre une décision trop hâtive. Bien entendu dans ces cas il faudra alimenter l'enfant pendant les premiers jours d'une autre façon.

II[e] CATÉGORIE.

Montée laiteuse dans les cas d'avortements de 2 à 8 mois ; enfants non macérés.

Cette catégorie comprend 24 cas :

15 cas d'avortements de 6 à 8 mois ;
3 — 4 à 6 —
6 — 2 à 4 —

Des premières 15 femmes ayant avorté des fœtus de 6 à 8 mois ;

5 ont eu une forte montée laiteuse,
5 — moyenne —
5 — faible —
8 ont eu du lait en grande quantité,
2 — en quantité moyenne,
5 — en petite quantité.

Des 3 femmes ayant avorté de 3 à 6 mois :

1 a eu une montée forte et assez de lait,
2 ont — faible et très peu de lait, à aspect colostral.

Des 6 autres femmes, ayant avorté de 2 à 4 mois :

1 a eu une montée forte et assez de lait vrai.
4 ont — faible mais distinctes avec une sécrétion colostrale assez accusée.
1 enfin, n'a eu aucune réaction du côté des seins.

L'époque de la montée ne présente rien de spécial ; nous avons trouvé ici, comme dans la première catégorie, 2 cas de montée tardive : 108 et 120 heures après l'expulsion de l'enfant.

Dans les cas d'avortements la montée laiteuse est d'autant plus marquée que la grossesse est plus avancée ; quelquefois on peut l'observer déjà après un avortement de 2 mois, comme le prouve l'observation VIII.

IIIe Catégorie.

Montée laiteuse dans les cas d'enfants morts et macérés depuis quelque temps.

Cette catégorie comprend 13 femmes ; l'âge des fœtus était variable de 5 à 9 mois ; l'époque approximative de leur mort remontait de 4 jours à 3 mois avant l'accouchement. Sur les 13 cas, 9 fois nous avons pu observer une montée double. La première suivait la mort de l'enfant de quelques jours. Elle était d'habitude plus faible que la deuxième, qui s'établissait dans les délais ordinaires. La sécrétion lactée ou colostrale s'effectuait après la première montée, durait jusqu'à la deuxième et ne faisait qu'augmenter après cette dernière. Ce qui semble caractériser ces montées, c'est que leur intensité n'est pas en rapport avec l'âge de l'enfant. Elles sont capricieuses.

Sur 5 cas d'accouchements à terme, 2 fois il y a eu des montées faibles avec une sécrétion lactée peu abondante ; 2 fois la montée a été à peine appréciable et n'a donné lieu qu'à une sécrétion colostrale insignifiante. — Dans le 5e cas enfin, où la mort de l'enfant remontait à 3 mois, il n'y a eu aucune réaction du côté des seins (Observ. XV).

Il nous semble qu'il y a un certain rapport entre l'intensité de la deuxième montée et l'espace de temps qui s'est écoulé depuis la mort de l'enfant. Plus l'époque de la mort est éloignée, plus la réaction du côté des seins est faible. Il est possible que, vu notre petit nombre d'observations, nous soyons en présence d'une simple coïncidence.

Ainsi sur 13 cas, nous avons observé 9 fois 2 montées distinctes, 3 fois une seule montée après l'accouchement. Il est pourtant probable que dans ces 3 cas, la mort de l'enfant a été aussi suivie d'une montée trop faible, pour que la femme ait pu s'en apercevoir. Dans un cas enfin où la mort de l'enfant remontait à 3 mois, bien que la grossesse fût à terme, il n'y a eu aucune réac-

tion du côté des seins, dont à aucun moment nous n'avons réussi à exprimer même une goutte de colostrum.

Nous concluons donc que dans les cas d'enfants macérés presque toujours on peut observer une double montée laiteuse, dont une suit la mort de l'enfant, l'autre son expulsion.

L'intensité de ces montées ne nous semble pas être en rapport avec l'âge de la grossesse, mais plutôt avec l'époque de la mort de l'enfant.

CHAPITRE II

Gerçures et crevasses. — Leur traitement.

Pour étudier la question si importante des gerçures et des crevasses dans le cours de l'allaitement et en entravant la marche régulière, nous ne pouvons utiliser que les observations des femmes, qui ont allaité pendant leur séjour à la clinique Baudelocque. Le nombre de ces femmes s'élève à 433, dont :

89 ont beaucoup allaité.

44 ont peu allaité.

300 n'ont jamais allaité.

Recherchons d'abord quelle est la fréquence des crevasses chez toutes les femmes en général et dans chaque catégorie de femmes en particulier.

Sur les 433 femmes, nous avons vu 181 fois survenir des gerçures ou des crevasses plus ou moins étendues, plus ou moins graves. Ainsi 44,1 0/0 des nourrices seraient donc atteintes de cette douloureuse complication. Nous avons obtenu un chiffre un peu moins élevé que ceux de Courgey (1) et de Winckel (2) ; le premier est de 60 0/0, le second de 50 0/0.

Chez 2 femmes des crevasses profondes, de véritables fissures avaient apparu chez l'une 3 mois, chez l'autre 1 mois avant l'accouchement. En général dans ce milieu de femmes pauvres, ne prenant aucun soin de leurs personnes, les mamelons sont loin d'être bien entretenus pendant la grossesse ; chez celles qui avaient du colostrum en abondance, les mamelons étaient toujours recouverts de croûtes difficiles à enlever. Il est certain que la peau d'un mamelon débarrassé à la hâte de cet enduit, pouvait

(1) Courgey, voir Varnier, Gerçures, lymphangites et abcès chez les nourrices. *Revue pratique d'obstétrique et de l'hygiène de l'enfance*, 1891, p. 257.

(2) Winckel, Ueber die Gewichtsveränderung. *Monatschrift für Geburtskunde*, 1862.

être plus friable et offrir plus facilement une surface d'absorption. Il est donc possible que le manque de soins de propreté favorise la production des crevasses chez les femmes pauvres et que, ce qui est beaucoup plus grave, il rend chez elles les complications inflammatoires beaucoup plus fréquentes.

Quant à l'époque de l'apparition des crevasses, nous avons remarqué que presque toutes se produisaient avant le 5e jour. Très souvent dès la 1re tétée on pouvait observer de petites solutions de continuité. Nous donnons les chiffres exacts :

Sur 181 cas de crevasses :

2 fois,	elles ont apparu avant l'accouchement.		
39	—	dès le 1er jour	après l'accouchement.
45	—	2e	—
51	—	3e	—
28	—	4e	—
10	—	5e	—
2	—	6e	—
1	—	7e	—
1	—	8e	—
2	—	9e	—

Nous sommes à ce point de vue d'accord avec Courgey (1) et Winckel (2). La statistique du premier de ces auteurs comprend 281 cas de crevasses, celle de Winckel 81 cas.

Il est donc tout à fait exceptionnel que les lésions des mamelons apparaissent après le 5e jour. Les femmes qui n'en ont pas eues jusqu'à cette époque ont grande chance d'échapper à cette complication douloureuse.

Quelle est l'influence que les allaitements antérieurs exercent sur la fréquence des crevasses ?

Sur les 300 femmes qui n'ont jamais allaité 138 ou 46 0/0 ont des crevasses.

Sur les 44 femmes qui ont peu allaité 14 ou 31, 8 0/0 ont eu des crevasses.

Sur les 89 femmes qui ont beaucoup allaité 29 ou 32, 5 0/0 ont eu des crevasses.

(1) Courgey, voir Varnier, *loc. cit.*
(2) Winckel, *loc. cit.*

Il y a là une relation évidente, qui a été également constatée et confirmée avec des chiffres par les 2 auteurs (2) déjà cités.

Le nombre de crevasses est donc de beaucoup supérieur chez les femmes qui allaitent pour la première fois. Il ne faut cependant pas croire que le fait d'avoir déjà allaité, constitue une garantie sérieuse pour la femme. Nous voyons, que 32, 5 o/o de nos multipares en ont été affectées. Certaines femmes y sont fatalement vouées.

La gravité des crevasses n'est pas toujours la même

99 fois sur 181 on a obtenu la guérison complète ou presque complète avant le départ. La durée moyenne dans ces cas de crevasses légères était de 5, 2 jours. — C'étaient des crevasses superficielles, insignifiantes, quelquefois presque indolores.

65 fois elles étaient beaucoup plus graves, plus profondes, cependant elles entraient déjà dans la voie de la guérison.

17 fois enfin elles étaient encore en très mauvais état.

Si nous désignons les premières comme légères, les secondes, comme graves et les dernières, comme très graves, nous pouvons dire que dans :

99 cas ou 54, 6 o/o les crevasses étaient légères,
65 — ou 35, 9 oo — graves,
17 — ou 9, 3 o/o — très graves

Par rapport aux allaitements antérieurs, nous avons trouvé que 53, 6 o/o des femmes qui allaitent pour la première fois ont eu des crevasses légères.

La proportion des crevassses légères chez celles qui ont peu allaité a été de 57, 1 o/o et de 58, 6 o/o chez celles qui ont beaucoup allaité.

Nous voyons donc que les crevasses sont non seulement moins fréquentes, chez les femmes qui ont déjà allaité, mais encore qu'elles sont moins graves.

Recherchons maintenant le rapport qui existe entre la fréquence des crevasses et la conformation des mamelons.

A priori il est facile de prévoir qu'un mamelon ombiliqué ou

(1) Courgey et Winckel, *loc. cit.*

même seulement trop court, sera plus mâchonné, plus exposé aux solutions de continuité qu'un mamelon bien conformé.

Nous avons observé que sur 317 mamelons bien conformés, 117 ou 36, 9 o/o ont été atteints de crevasses, tandis que sur les 116 mamelons courts ou invaginés, il y en a eu 64 ou 55, 1 o/o.

Les femmes à mamelons défectueux sont donc beaucoup plus exposées à avoir des crevasses que celles dont les mamelons sont d'une longueur suffisante.

Nous ferons cependant remarquer que cette règle n'est pas absolue. — Ainsi parmi les 16 mamelons, complètement plats ou invaginés, 7 sont restés indemnes, malgré la succion fort énergique des enfants, qui avaient réussi à les allonger avant d'avoir quitté la clinique.

Nous avons eu aussi la curiosité de vérifier l'exactitude de l'opinion sur la prédisposition aux crevasses des femmes blondes et rousses (1).

Nous avons trouvé que :

Sur les 20 femmes rousses 9 ou 45 o/o ont eu des crevasses.
— 79 — châtain 34 ou 43 o/o —
— 154 — blondes 65 ou 42, 8 o/o —
— 180 — brunes 73 ou 40, 5 o/o —
En outre sur les 9 crevasses des rousses 7 ou 77, 7 o/o sont graves.
— 65 — blondes 35 ou 58, 4 o/o —
— 34 — châtain 15 ou 44, 1 o/o —
— 73 — brunes 25 ou 34, 2 o/o —.

La fréquence des solutions de continuité du mamelon est effectivement un peu plus élevée chez les femmes rousses, châtain et blondes que chez les brunes, et leur gravité est en effet moindre chez les dernières. La différence n'est cependant pas suffisante pour en tirer d'utiles déductions pratiques.

A notre point de vue la proposition devrait être ainsi formulée : ce ne sont pas les blondes qui sont beaucoup plus exposées que les brunes, mais les femmes à peau fine. Le degré de finesse de la peau du mamelon n'est effectivement pas toujours en rapport avec la coloration du teint et des cheveux et joue cependant un rôle prépondérant dans cette question.

(1) Courgey, *loc. cit.*

Sur 266 femmes à peau fine, 147 ou 56,3 o/o ont eu des crevasses.

Sur 167 femmes à peau épaisse, 34 ou 20,3 o/o ont eu des crevasses.

En outre :

Sur les 147 crevasses des premières, 72 ou 48,9 o/o étaient graves.

Sur les 34 crevasses des secondes, 10 ou 29,5 o/o étaient graves.

Le siège des crevasses présente une grande importance :

Les crevasses aréolaires sont rares. — Nous avons pu en observer 4 cas, chez des femmes à mamelons ombiliqués, lorsque l'enfant était forcé de saisir l'aréole entre ses gencives. Chez ces femmes dans 3 cas il y avait en même temps des crevasses siégeant à la base ou au sommet du mamelon. Ces crevasses sont peu douloureuses et guérissent facilement dès que les mamelons deviennent préhensibles.

54 fois les crevasses siégeaient à la base du mamelon, dans la rainure qui sépare ce dernier de l'aréole ; elles y formaient une espèce de rigole, qui dans 4 cas a été presque circulaire. Ces crevasses sont beaucoup plus longues à guérir. Elles sont plus tiraillées et infiniment plus douloureuses pendant la succion que celles qui siègent au sommet. Aussi dans la plupart des cas les femmes ne peuvent pas vaincre la douleur et allaitent insuffisamment.

Sur ces 54 cas 1 seule fois les crevasses étaient indolores, tandis que ce fait est relativement fréquent lorsque le sommet du mamelon est pris.

123 fois les solutions de continuité siégeaient sur le sommet ou sur la surface des mamelons. C'étaient tantôt des gerçures, résultant de ce que la peau du mamelon était enlevée par place, tantôt de vraies fissures partant du sommet du mamelon et s'irradiant sur ses parois.

Dans 18 cas les gerçures étaient très étendues et presque toute la surface du mamelon était à nu. Ces gerçures présentaient le plus de gravité. Leur cicatrisation était beaucoup plus longue.

Ce qui nous semble caractériser ces crevasses du sommet, c'est

l'absence de douleur. Dans un grand nombre de cas, les mères n'en éprouvaient pas du tout et rarement elle s'exaspérait au point de ne pas leur permettre un allaitement régulier et suffisant. Cela se comprend bien, puisque, lorsque l'enfant tette à pleine bouche, le mamelon profondément introduit dans sa cavité buccale, ses gencives n'appuient pas sur la lésion, qui n'est pas tiraillée.

Quant au degré de fréquence de ces différentes crevasses, nous avons constaté que :

125 fois ou 69 o/o les crevasses siégaient au sommet ou sur la surface du mamelon.

55 fois ou 33 o/o, à la base.

1 fois ou 0,5 o/o, exclusivement sur l'aréole.

Les crevasses qui opposent le plus d'obstacles à l'allaitement régulier ne forment qu'un tiers à peu près de la totalité de ces lésions.

Quant à la gravité des crevasses par rapport à leur siège, nous avons trouvé que :

Sur les 125 crevasses du sommet ou de la surface du mamelon :

94 étaient légères ; 31 étaient graves.

Autrement dit :

75, 2 o/o de ces crevasses sont légères ; 24, 8 o/o sont graves.

Sur les 55 crevasses, siégeant à la base :

4 seulement étaient légères ; 51 étaient graves.

Ou autrement dit :

7, 2 o/o de ces crevasses sont légères ; 92, 7 o/o sont graves.

Ces chiffres font ressortir d'une façon très nette la différence de gravité entre ces 2 genres de crevasses.

Il nous a paru d'un grand intérêt de savoir, quel était le nombre de femmes atteintes de crevasses, qui malgré cet obstacle continuaient de bien allaiter.

Nous avons observé que sur 181 femmes :

145 ou 80,1 o/o ont bien allaité, tandis que 36 ou 19,8 o/o ne l'ont pas pu.

L'augmentation quotidienne de l'enfant nous a servi de critérium pour juger ce point.

Dans 1/5 seulement des cas les crevasses ont gêné l'allaitement au point de ne pas permettre une augmentation suffisante des enfants.

Par rapport au siège des crevasses nous trouvons que :

Sur les 126 des crevasses du sommet, de la surface du mamelon et de l'aréole :

116 fois ou 92,0 0/0 les femmes ont bien allaité.
10 — 7,9 0/0 — ne l'ont pas pu.

Sur les 55 cas des crevasses à la base du mamelon,

29 fois ou 52,7 0/0 les femmes ont bien allaité.
26 — 47,2 0/0 — ne l'ont pas pu.

La différence entre les 2 genres de crevasses est frappante. On peut donc dire, que seules les crevasses de la base du mamelon sont à craindre. Elles seules constituent un obstacle sérieux à l'allaitement

Traitement des crevasses. — Dans tous les cas de solutions de continuité on appliquait immédiatement un pansement boriqué humide, que les femmes gardaient jusqu'à leur guérison complète. Depuis le 23 mars 1893 on commença à employer un pansement plus énergique, préconisé par M. Lepage, et composé de petites rondelles, découpées dans de la tarlatane pliée en 8 et imprégnées d'une solution d'eau, de glycérine, d'alcool et de biiodure de mercure. Le sel mercuriel s'y trouve dans la proportion de 10 à 20 centigrammes pour 1000 grammes. C'est donc en somme une solution glycéro-alcoolique de biodure de mercure à 1/10000 ou 1/5000. Les rondelles de tarlatane imprégnées de ce mélange antiseptique sont maintenues en permanence sur les crevasses, depuis le jour de leur apparition, jusqu'à leur guérison complète. On recouvre ces rondelles du pansement boriqué ordinaire, qui maintient le tout en place. Bien entendu on procède à un lavage soigné des mamelons avant et après chaque tétée.

Jamais on n'a observé des phénomènes d'intoxication chez les enfants, ni d'érythème chez les mères ; au contraire ces dernières sont toujours soulagées, la douleur semble moins vive, enfin

la cicatrisation des crevasses, maintenues constamment en état de propreté est plus rapide. Les complications inflammatoires du côté des seins sont devenues plus rares, depuis que ce pansement a été introduit à la clinique. Nous le démontrerons en parlant des lymphangites.

99 fois, c'est-à-dire dans 54, 6 o/o cas, la guérison a été complète ou presque complète avant le départ des femmes. Dans les autres cas, les femmes sont sorties de l'hôpital avec le pansement et la recommandation de le garder pendant le temps nécessaire.

Dans un certain nombre de cas le mauvais état des crevasses exigeait des ménagements particuliers. Dans 9 cas on fut forcé d'employer des bouts de sein pour les protéger, dans 9 cas enfin, on dut supprimer l'allaitement pour un jour ou deux pour permettre une cicatrisation plus rapide.

Malgré les 21 cas de lymphangites dont une a été suivie d'un petit abcès, dans aucun cas on n'a été obligé de supprimer définitivement l'allaitement pour cause de crevasses.

Complications inflammatoires du côté des seins. 21 de nos 433 nourrices ont été affectées de lymphangites. Un 22e cas a été constaté après un avortement de 4 mois, chez une femme qui, bien entendu, n'avait pas allaité (observ. IX). Nous avons donc constaté que 4, 8 o/o de toutes les nourrices ont eu une élévation de température due à une infection microbienne du côté du sein. Dans un cas la lymphangite a été même suivie d'abcès (obs. X). Dans tous les cas, sauf un, on trouve des crevasses, comme point de départ de la lymphangite. Ce cas se rapporte à une femme qui fut infectée et dût être soumise pendant 24 heures à l'irrigation continue (obs. XI). Il est cependant probable, qu'il dut y avoir en même temps, une légère solution de continuité qui passa inaperçue. Dans le cas de lymphangite suivie d'abcès (observ. X) il s'était bien produit des crevasses du 3e-6e jour, mais elles paraissaient complètement guéries 10 jours avant l'apparition de la lymphangite.

La lymphangite peut être provoquée par des solutions de continuité absolument insignifiantes ; ainsi dans 7 cas, la lymphan-

gite avait été précédée de crevasses légères, dans les 13 autres cas, les crevasses étaient graves.

Il y a peut-être une relation entre la fréquence des lymphangites et le nombre des allaitements antérieurs. Tous les cas de lymphangites ont eu lieu en effet chez des femmes n'ayant jamais allaité. Un seul cas (observ. XI) s'est manifesté chez une multipare ayant fait 3 allaitements successifs, et qui fut en même temps atteinte d'infection puerpérale. Ce fait nous a paru intéressant à signaler.

Traitement des lymphangites. — Dès qu'une lymphangite apparaissait, on s'empressait de faire le pansement antiseptique que nous avons décrit, ainsi qu'une compression méthodique du sein malade. On maintenait la compression jusqu'à la disparition complète des accidents fébriles. Ordinairement on n'avait besoin de supprimer l'allaitement que pendant 1 à 3 jours. Dans 6 cas même, l'allaitement n'a été supprimé que du côté malade. Dans ces 6 cas, la température normale a été dépassée à peine de quelques dizièmes de degré. La compression diminuait la quantité de lait, mais celui-ci ne tardait pas à reparaître en abondance dès que l'enfant se remettait à téter.

10 femmes ont pu être placées malgré leurs lymphangites dans la catégorie des bonnes nourrices. Quant aux 11 autres, elles ont été classées dans la catégorie des femmes sur lesquelles nous nous sommes abstenue de porter un jugement définitif.

Les lymphangites constituent donc un obstacle sérieux à l'allaitement maternel. A la clinique, il est vrai, aucune des femmes n'a été obligée d'abandonner l'allaitement, pas même celle atteinte d'abcès, qui a eu pour conséquence l'allaitement unilatéral pendant 3 jours seulement. Mais en sera-t-il de même après la sortie des femmes de l'hôpital, si par hasard une lymphangite venait compliquer une crevasse non guérie ? Assurément non.

De nos 209 multipares 13 ont dû renoncer à l'allaitement de leurs enfants antérieurs à cause de la production d'abcès. Il ne s'agissait pas chez elles d'abcès sans gravité comme, celui que nous avons observé à la clinique, et imputable à la négligence d'une infirmière ou à l'indocilité de la femme. C'étaient de vastes

et profonds abcès qui traînaient des mois entiers, se succédaient les uns aux autres, déformaient quelquefois les mamelons et compromettaient plus ou moins l'avenir de la glande mammaire. Ces abcès ne sont possibles que dans les cas, où toutes les précautions antiseptiques ont été négligées.

Dans les hôpitaux la fréquence des lymphangites est encore assez élevée, vu qu'on a affaire à des accouchées peu intelligentes, n'observant même pas les plus élémentaires principes de la propreté. Elles n'aiment pas toutes le pansement des seins, l'accusent de faire passer leur lait, l'enlèvent souvent dès qu'elles ne sont plus surveillées. Nous avons eu l'occasion d'assister à de vraies luttes entre les infirmières et les accouchées. La lymphangite dans ces conditions est presque inévitable.

Malgré ces conditions défavorables il a été cependant possible d'abaisser considérablement le nombre de ces accidents grâce au perfectionnement du pansement. Une statistique faite par M. Lepage (1) le prouve. Dans la salle Lachapelle où le pansement des mamelons a été fait d'une façon très satisfaisante, le chiffre des lymphangites est tombé de 9,16 0/0 à 5,68 0/0, depuis le jour de l'introduction du pansement. Cette statistique porte sur 800 femmes.

Il nous a été impossible de comparer nous-même, les résultats du nouveau pansement et ceux qu'on obtenait antérieurement. Nos observations sont en effet presque toutes postérieures à cette innovation. Admettons donc le chiffre trouvé par M. Lepage, qui est de 9, 16 0/0.

En comparant alors la fréquence des complications inflammatoires mammaires dans la salle Lachapelle avant et après l'introduction du pansement, nous voyons qu'elle est tombée de 9, 16 0/0 à 3, 81 0/0, chiffre moins élevé que celui de M. Lepage, qui a trouvé 5, 87 0/0.

En effet nous avons eu à la salle Lachapelle 131 femmes qui 6 fois seulement ont présenté des lymphangites. Dans les autres

(1) Lepage. Du pansement antiseptique du mamelon. Mémoire lu à la Société de médecine publique. *Revue d'hygiène*. 20 février 1894.

salles où le pansement a été fait moins bien et souvent trop tard, nous avons eu 302 femmes avec 15 lymphangites, c'est-à-dire 4, 96 o/o de complications inflammatoires.

Nous voyons donc une gradation très caractéristique dans la fréquence des lymphangites, gradation qui tient à la façon dont on pansait les crevasses.

Avant le pansement	9, 16 o/o
Dans les salles où le pansement était fait avec moins de soin .	4, 96 o/o
Dans la salle Lachapelle, où le pansement était bien fait . . .	3, 81 o/o

Nous obtenons les mêmes résultats si nous calculons le degré de fréquence des lymphangites par rapport au nombre total des crevasses, leur cause initiale :

Sur les 131 femmes de la salle Lachapelle 61 ont eu des crevasses, sur les 302 des autres salles 115 en ont eues.

Dans la salle Lachapelle il y a eu 6 lymphangites ou	9, 09 o/o sur	61 crevasses.
Dans les autres salles il y a eu 15 —	ou 13, 4 o/o sur	115 crevasses.

L'antisepsie est donc la vraie prophylaxie des complications inflammatoires des seins. Les résultats obtenus par la plus parfaite application de ses principes, permettent d'affirmer, que si on les appliquait toujours dans toute leur rigueur, ces complications ne se produiraient jamais.

CHAPITRE III

Mauvaise conformation des mamelons.

Pour nous faire une idée de la fréquence des difficultés que l'allaitement rencontre dans la mauvaise conformation des mamelons nous examinerons ce qui s'est passé chez les 433 femmes qui ont allaité. Pour être exact nous leur adjoindrons les 2 femmes chez qui on a désespéré d'allonger les mamelons très invaginés.

Sur ces 435 femmes, il y a eu 118 cas de mamelons plus ou moins mal conformés soit 27,1 o/o.

Sur les 302 femmes n'ayant jamais allaité, 101 ou 33,4 o/o avaient des mamelons trop courts.

Sur les 44 femmes ayant peu allaité 5 ou 11,3 o/o avaient des mamelons courts.

Sur les 89 femmes ayant beaucoup allaité 12 ou 14,6 o/o avaient des mamelons défectueux.

Il est clair que tous les cas de mamelons absolument plats ou ombiliqués étaient constatés chez des femmes n'ayant jamais allaités. Il y en eut 18 sur 302 femmes, allaitant pour la première fois, soit 5,9 o/o.

Examinons chaque catégorie des femmes à part.

Femmes qui allaitent pour la première fois.

Chez les 302 femmes de cette catégorie, il y a eu 101 cas de mamelons défectueux, dont :

14 invaginés.

4 absolument plats ne faisant aucune saillie au-dessus de l'aréole.

83 mamelons plus ou moins courts.

Dans les 83 cas de mamelons courts, 78 fois le séjour à la clinique a suffi pour produire un allongement suffisant. Le bout de sein artificiel a pu être définitivement supprimé.

Les mamelons sont devenus saisissables pour la première fois :

32 fois le	1er	jour après l'accouchement.
24 —	2e	—
11 —	3e	—
4 —	4e	—
2 —	5e	—
3 —	6e	—
1 —	7e	—
1 —	8e	—

Ils furent suffisamment allongés pour permettre une succion non fatigante pour l'enfant :

28 fois le	2e	jour après l'accouchement.
17 —	3e	—
8 —	4e	—
10 —	5e	—
4 —	6e	—
4 —	7e	—
2 —	8e	—
2 —	9e	—
1 —	10e	—
2 —	12e	—

A côté de 78 succès complets, nous avons 5 cas où l'allongement complet n'a pas été obtenu :

Chez 2 femmes un seul mamelon, celui qui était offert de préférence à l'autre à l'enfant, a pu être bien allongé. Chez 2 autres les mamelons très courts n'ont pas été allongés par les enfants trop faibles qui ne savaient pas téter et prenaient le lait maternel exprimé à la cuiller. — Dans un cas enfin, les mamelons très courts et, comme retenus par des brides fibreuses, n'ont pas pu encore être saisis par l'enfant le 8e jour, jour du départ de la mère.

13 fois on dut faire usage des bouts de sein artificiels, qui furent supprimés chez toutes les femmes sauf chez 3.

48 fois les mamelons courts ont été compliqués de crevasses.
7 fois il y eut des lymphangites, dont une suivie d'abcès.

Dans les 4 cas de mamelons absolument plats il y eut 3 succès complets. Les mamelons sont devenus saisissables les 4e, 5e et 6e jours, bien allongés les 7e, 8e et 6e jours. La 4e fois l'enfant est arrivé à les saisir de temps en temps, mais ne les a pas bien allongés, empêché par des crevasses graves, suivies de lymphangite. — Dans ces 4 cas on dut se servir du bout, qui put être supprimé définitivement chez 3 femmes.

Dans 2 cas il y eut des crevasses, dans 1 cas lymphangite.

Dans les 14 cas des mamelons ombiliqués, 2 fois on n'a pas jugé nécessaire d'entreprendre leur allongement. Ces 2 cas étaient très mauvais. Les mamelons paraissaient inallongeables. Une de ces femmes XIIpare avait essayé en vain d'allaiter ses enfants. — L'autre était Ipare, mais n'avait pas l'intention d'allaiter. Vu la difficulté de remédier à cette infirmité on n'entreprit aucun essai. Si cependant les mères avaient manifesté l'intention d'allaiter, on aurait essayé d'améliorer la malformation et on aurait peut-être abouti à un résultat satisfaisant. Ces 2 cas, ne peuvent donc pas être considérés comme absolument désespérés. Dans les 12 autres cas de mamelons ombiliqués on a toujours essayé de les allonger ou plutôt de les faire allonger par les enfants, puisque aucun autre moyen n'a été employé. — On a obtenu 8 succès complets. Les enfants commençaient à saisir les mamelons en moyenne le 4, 7e jour, ils réussirent à les allonger suffisamment le 7, 4e jour. Le bout de sein a pu être définitivement supprimé.

Dans 2 cas il y eut succès partiel : un seul mamelon, celui que la mère donnait de préférence, a pu être allongé. 2 fois enfin les mamelons étaient devenus saisissables, les enfants les prenaient de temps à autre, mais l'allongement n'était pas encore suffisant pour permettre la suppression définitive du bout de sein.

Toutes les 12 fois on a été forcé de se servir du bout de sein ; 7 fois il y eut des crevasses, dont une suivie de lymphangite.

5 fois, malgré ces conditions défavorables, les femmes ont pu

cependant bien allaiter leurs enfants et leur permettre d'augmenter régulièrement.

Quelle conclusion tirer de ces faits ? Il est évident que malgré les apparences les plus défavorables, il ne faut jamais désespérer de corriger la mauvaise conformation des mamelons.

Sur les 12 cas, couronnés de succès, 5 fois il semblait qu'on ne pourrait produire aucune amélioration. 1 fois (Obs. V) le succès n'a pu être obtenu que grâce à cette circonstance que la femme voulut rester dans le service 24 jours. Le 12[e] jour seulement l'enfant, un petit jumeau de 2340 grammes, réussit à saisir le mamelon pour la première fois. Le 23[e] jour seulement on a pu songer à supprimer le bout. Les essais furent longs, pénibles, entravés par des crevasses, par 2 poussées de lymphangites. Malgré ces circonstances fâcheuses, la persévérance de la mère et de l'entourage a fini par remporter une victoire complète. Il ne faut donc pas se décourager trop vite. Des tentatives persévérantes et intelligentes seront presque toujours couronnées de succès.

Femmes qui ont peu allaité.

Nous n'avons chez ces femmes que 5 cas de mamelons plats. Il s'agissait de mamelons assez courts, mais qui tous ont pu être suffisamment allongés dès le 2[e] jour. Toutes ces femmes ont pu bien allaiter.

Femmes qui ont beaucoup allaité.

10 fois les mamelons étaient assez courts, mais 8 fois ils furent allongés dès les premières tétées, 2 fois dès le 2[e] jour. Toutes ces femmes ont été bonnes nourrices excepté 2, qui avaient des mamelons crevassés ; 2 fois enfin il y avait des déformations accidentelles. Les mamelons étaient rétractés par suite d'anciens abcès, ouverts spontanément. Chez une de ces femmes l'allongement a été impossible, malgré des essais fréquents. Elle n'a pu allaiter

que du second sein. Chez l'autre, l'enfant a réussi à rendre le mamelon un peu plus saillant, mais comme le lait en sortait avec une difficulté extrême, l'enfant était forcé de prendre sa nourriture exclusivement dans l'autre sein.

Ces cas de brides cicatricielles par suite d'abcès anciens semblent donc être les plus rebelles.

CHAPITRE IV

Perte de poids de l'enfant après la naissance.

La moyenne de la perte de poids chez l'enfant a été évaluée d'une façon différente par les auteurs. Bouchaud (1) l'évalue à 100 grammes, Gregory à 203 grammes, Steiner à 222 grammes, Winckel (2) à 180 grammes. Presque tous ces auteurs sont d'accord qu'il y a un certain nombre d'enfants, chez qui la perte de poids est nulle, qui commencent à augmenter de poids immédiatement après la naissance. Il s'agit dans ces cas d'enfants ayant expulsé leur méconium et leur urine pendant le travail avant la première pesée et allaités immédiatement par une bonne nourrice ou une mère multipare. Bouchaud a trouvé que la proportion de ces enfants était assez considérable : 5 sur 49 donc plus de 10 o/o. — Ce qui est surprenant c'est que 3 de ces enfants avaient pour mères des Ipares.

Pour calculer la perte moyenne de poids, nous ne nous sommes occupée que d'enfants allaités exclusivement par leurs mères. Nous avons laissé de côté, ceux, qui étaient au lait stérilisé, ou auxquels on avait donné des nourrices.

Nous avons calculé la perte de poids chez les enfants bien allaités, augmentant en moyenne de 40 grammes par jour d'une part, et chez les enfants allaités insuffisamment, où souvent il a été indispensable de recourir à une alimentation supplémentaire d'autre part.

Voici les résultats pour la 1re catégorie de nos enfants :

366 femmes ont bien allaité leurs 369 enfants ; car dans 4 cas il s'agissait de jumeaux, dans un de ces cas la mère n'en a allaité qu'un.

(1) Bouchaud, *De la mort par l'inanition*. These de Paris, 1864.
(2) Winckel, *loc. cit.*

La perte moyenne constatée chez ces 369 enfants égale 212 gr.

Jamais l'augmentation immédiate n'a suivi la naissance. Dans tous les cas nous avons eu une perte, quelquefois il est vrai très peu considérable.

Les limites extrêmes, toujours pour les enfants bien alimentés, ont été 10 grammes et 700 grammes. Cette perte énorme de 700 grammes (observ. VII) a été observée chez un enfant de I pare pesant 4190 grammes.

30 fois	ou	8,1 0/0	la perte était au-dessous	de 100 gr.
149	—	40,3 0/0	—	de 100 à 200 gr.
127	—	34,4 0/0	—	de 200 à 300 gr.
45	—	12,1 0/0	—	de 300 à 400 gr.
11	—	2,9 0/0	—	de 400 à 500 gr.
4	—	1,0 0/0	—	de 500 à 600 gr.
2	—	0,5 0/0	—	de 600 à 700 gr.
1	—	0,2 0/0	—	de 700 gr.

Nous avons recherché les variations dans la hauteur de la perte chez les femmes n'ayant jamais allaité et chez celles qui avaient déjà nourri.

Sur les 250 enfants des femmes n'ayant jamais allaité, la perte moyenne égale 221 grammes.

15 fois	ou	6 0/0	elle était au-dessous	de 100 gr.
96	—	38,4 0/0	—	entre 100-200 gr.
94	—	37,6 0/0	—	200-300 gr.
29	—	11,6 0/0	—	300-400 gr.
10	—	4,0 0/0	—	400-500 gr.
3	—	1,2 0/0	—	500-600 gr.
2	—	0,8 0/0	—	600-700 gr.
1	—	0,4 0/0	—	de 700 gr.

Sur les 35 enfants des femmes ayant peu allaité, la perte moyenne est de 214 grammes.

3 fois	ou	8,5 0/0	elle était au-dessous	de 100 gr.
13	—	37,1 0/0	—	entre 100-200 gr.
13	—	37,1 0/0	—	200-300 gr.
4	—	11,4 0/0	—	300-400 gr.

1 fois ou	2,8 o/o	elle était au-dessous de	400-500 gr.
1 —	2,8 o/o	—	500-600 gr.

Sur les 84 enfants des femmes ayant beaucoup allaité la perte moyenne est de 183 grammes.

12 fois ou	14,2 o/o	elle était au-dessous de	100 gr.
40 —	47,6 o/o	— entre	100-200 gr.
20 —	23,9 o/o	—	200-300 gr.
12 —	14,2 o/o	—	300-400 gr.

La perte moyenne est donc beaucoup plus faible chez les enfants des femmes ayant déjà allaité ; le plus souvent elle oscille entre 100 grammes et 200 grammes, tandis que chez les nourrices primipares il est aussi fréquent de voir des pertes entre 100 et 200 grammes, que celles entre 200 grammes et 300 grammes.

Les fortes pertes ne se rencontrent presque exclusivement que chez les enfants des dernières.

La perte de poids est proportionnelle au poids de l'enfant. Winckel avait déjà trouvé que les enfants avant terme, pesant peu, perdaient moins, Bouchaud a constaté aussi, que les enfants lourds perdaient le plus, les enfants pesant peu, le moins.

Les 5 enfants pesant au-dessous de 2000 grammes ont eu en moyenne une perte de. . . . . 148 grammes.

Les 26 enfants pesant entre 2000-2500 grammes ont eu en moyenne une perte de . . . . 172 grammes.

Les 93 enfants pesant entre 2500-3000 grammes ont eu en moyenne une perte de . . . . 178 grammes.

Les 62 enfants pesant entre 3000-3500 grammes, ont eu en moyenne une perte de . . . . 205 grammes.

Les 83 enfants pesant plus de 3500 grammes, ont eu en moyenne une perte de. . . . . 268 grammes.

Nous avons aussi calculé la perte de poids chez les enfants allaités insuffisamment, qui souvent (31 fois sur 64) ont eu une alimentation supplémentaire. Cette perte est de beaucoup supérieure à celle que nous avons trouvée pour les enfants bien nourris, puisqu'elle atteint 265 grammes. En réalité elle est encore supérieure, puisque nous n'avons pas pris en considération les

15 enfants, qui n'ont pas commencé de s'accroître pendant leur séjour à la clinique,

Nous arrivons donc aux conclusions suivantes :

Il existe une relation intime entre la perte de poids après la naissance et l'alimentation de l'enfant.

La perte est proportionnelle au poids de l'enfant.

Enfin, souvent des pertes de poids très considérables, ne compromettent en rien la santé de l'enfant.

CHAPITRE V

Durée de la perte de poids.

Presque tous les auteurs sont d'avis que la perte de poids se prolonge pendant 2 jours et qu'à partir du 3[e], tous les enfants bien alimentés commencent à augmenter. Haake (1), Bouchaud (2), Kezmarski (3) sont de cet avis. Seul Winckel (4) a trouvé qu'en moyenne les enfants n'augmentent que du 3[e] au 4[e] jour.

Nos observations nous ont donné un résultat analogue à celui obtenu par cet auteur.

Sur les 369 enfants bien alimentés la moyenne est le 3, 4[e] jour.

Sur 250 enfants des femmes allaitant pour la première fois, la moyenne est le 3, 6[e] jour.

Sur 35 enfants des femmes ayant peu allaité la moyenne est le 3, 3[e] jour.

Sur 84 enfants des femmes ayant beaucoup allaité la moyenne est le 2, 8[e] jour.

Quant aux poids des enfants, la moyenne pour :

Les 83	enfants	pesant plus de 3500 gr.	est le	3, 5[e] jour
— 162	—	entre 3000-3500	—	3, 3[e] —
— 93	—	2500-3000	—	3, 3[e] —
— 26	—	2000-2500	—	3, 7[e] —
— 5		au-dessous de 2000	—	3, 6[e] —

Sur tous les 369 enfants :

(1) HAAKE, Ueber die Gewichtsveränderungen. Monatsschrift für Geburtskunde.

(2) BOUCHAUD, *loc. cit.*

(3) KEZMARSKI, Ueber die Gewichtsveränderungen reifer Neugeborener. *Archiv. für Gynækologie*, 1873.

(4) WINCKEL, *loc. cit.*

82 fois ou	22,2 o/o	l'augmentation a commencé le	2e	jour
140	— 38,0 o/o	—	3e	—
101	— 27,3 o/o	—	4e	—
18	— 4,8 o/o	—	5e	—
14	— 3,8 o/o	—	6e	—
7	— 1,9 o/o	—	7e	—
5	— 1,3 o/o	—	8e	—
1	— 0,2 o/o	—	9e	—
1	— 0,2 o/o	—	10e	—

Sur les 250 enfants des femmes n'ayant jamais allaité :

48 fois ou	19,2 o/o	l'augmentation a commencé le	2e	jour
89	— 35,6 o/o	—	3e	—
73	— 29,2 o/o	—	4e	—
16	— 6,4 o/o	—	5e	—
11	— 4,4 o/o	—	6e	—
6	— 2,4 o/o	—	7e	—
5	— 2,0 o/o	—	8e	—
1	— 0,4 o/o	—	9e	—
1	— 0,4 o/o	—	10e	—

Sur les 35 femmes ayant peu allaité :

8 fois ou	22,8 o/o	l'augmentation a commencé le	2e	jour
15	— 42,8 o/o	—	3e	—
9	— 25,7 o/o	—	4e	—
2	— 5,7 o/o	—	6e	—
1	— 2,8 o/o	—	7e	—

Sur les 84 femmes ayant beaucoup allaité :

26 fois ou	30,9 o/o	l'augmentation a commencé le	2e	jour
36	— 42,8 o/o	—	3e	—
19	— 22,6 o/o	—	4e	—
2	— 2,3 o/o	—	5e	—
1	— 1,1 o/o	—	6e	—

Les enfants bien alimentés commencent donc à augmenter en moyenne du 3e au 4e jour.

Les enfants des femmes, ayant allaité antérieurement, commencent à augmenter plus tôt que les autres.

Quant à leurs poids, ce sont les enfants moyens pesant de 2.500 grammes à 3.500 grammes, qui commencent le plus tôt à augmenter. Après ceux-ci viennent les enfants gros pesant plus de 3.500 grammes. Chez les petits enfants, nés avant terme, au dessous de 2.500 grammes la perte de poids dure le plus longtemps.

Dans certains cas enfin, l'augmentation est très longue à commencer ; nous en avons plusieurs exemples. Cela tient à l'époque tardive de la montée laiteuse, à la façon imparfaite dont l'enfant tète, ou encore aux complications du côté des mamelons.

Malgré cette prolongation de perte les enfants se sont parfaitement remis et leur état général au départ ne laissait rien à désirer.

Quant aux 64 enfants dont l'alimentation laissait à désirer 9 fois ils n'ont pas commencé à augmenter. Dans les autres cas ils n'ont commencé à augmenter que le 4e jour en moyenne.

Nous ne nous sommes pas occupée des enfants allaités par des nourrices ou artificiellement.

Il nous reste à signaler un fait qui nous semble très intéressant :

Dans un assez grand nombre de cas, l'augmentation avait commencé avant l'époque de la montée laiteuse. Dans tous ces cas la sécrétion colostrale était très abondante (voir observ. XVI).

Nous avons éliminé avec soin toutes les femmes ayant déjà allaité antérieurement, chez qui les seins contiennent quelquefois du lait en permanence. Nous n'avons conservé que celles qui n'ont jamais allaité, ou qui n'ont allaité que pendant un temps très restreint.

Malgré cette élimination sévère, il nous reste encore 41 cas d'autres, dont les enfants ont commencé à augmenter avant l'apparition du vrai lait chez leurs mères (1).

Dans tous ces cas il s'agit d'enfants, qui n'ont pris que le sein de leur mère.

(1) Nous donnons les nos de ces femmes d'apres le registre de la clinique Baudelocque : 354, 370, 380, 384, 391, 401, 413, 421, 427, 438, 447, 470, 471, 473, 475, 518, 524, 525, 526, 543, 578, 633, 635, 638, 648, 665, 674, 699, 730, 750, 752, 757, 773, 775, 782, 784, 797, 805, 808, 820, et 837.

Nous devons donc attribuer cette augmentation à la sécrétion colostrale, qui, effectivement, dans tous les cas dont il s'agit, était abondante

Ce fait nous semble confirmer l'opinion de M. le professeur Pinard, de Biedert, de Bouchaud, qui considèrent le colostrum, comme un aliment précieux.

CHAPITRE VI

Epoque à laquelle l'enfant atteint le poids de naissance.

Nous nous trouvons ici de nouveau en présence d'opinions différentes. Haake (1) est d'avis que la moitié des enfants atteignent leur poids primitif avant le 9[e] jour; Winckel (2) a observé que plus de la moitié des 100 enfants classés dans sa statistique avaient atteint le poids le 10[e] jour. Kezmarski (3) croit que vers le 7[e] jour les enfants ont à peine réparé la moitié de leur perte, Bouchaud, au contraire, déclare que, si la totalité de la perte n'est pas compensée dans l'espace de 7 jours, il faut toujours penser aux complications pathologiques. Dans les maternités on est dans de très mauvaises conditions pour trancher cette question, puisque les femmes n'y restent qu'un temps fort restreint. Aussi, ne pouvons-nous pas donner des chiffres exacts.

Sur les 369 enfants, qui tous étaient bien alimentés et augmentaient en moyenne de 40 grammes par jour, 219 ou 59,3 o/o avaient regagné le poids de naissance avant leur sortie; 40,6 o/o, au contraire, ne l'avaient pas encore atteint. Nous arrivons à peu près aux conclusions de Winckel.

Si maintenant nous séparons les femmes qui ont déjà allaité de celles qui ne l'ont jamais fait, nous voyons que:

Sur 250 enfants des femmes n'ayant jamais allaité 139 ou 55,5 o/o ont regagné le poids de naissance.

Sur 35 enfants des femmes ayant peu allaité 21 ou 60 o/o l'ont regagné.

(1) Haake, *loc. cit.*
(2) Winckel, *loc. cit.*
(3) Kezmarski, *loc. cit.*

Sur 84 enfants des femmes ayant beaucoup allaité 79 ou 71 o/o l'ont regagné.

Nous avons aussi calculé la moyenne du jour, où les enfants avaient atteint leur poids de naissance pour ceux qui étaient dans ce cas. Nous avons trouvé 5,2 pour les femmes ayant allaité, et 6,4 pour celles qui allaitaient pour la première fois. Il en résulte donc que les enfants des femmes ayant déjà nourri, atteignent leur poids de naissance plus vite que ceux des Ipares.

Quant aux enfants qui n'étaient pas suffisamment alimentés 7 fois seulement (11,8 o/o) le poids de naissance a été atteint avant leur sortie.

CHAPITRE VII

Augmentation quotidienne.

Nous avons calculé l'augmentation moyenne, d'une part chez les enfants bien alimentés (catégorie de bonnes nourrices), et d'autre part chez ceux qui ne l'étaient pas assez. Nous avons trouvé des chiffres supérieurs à tous ceux que nous donnent les auteurs. Nous ne savons rien de la façon dont certains d'entre eux ont évalué leurs chiffres. Il est probable qu'ils se sont basés sur les résultats d'un espace de temps plus considérable. Nous n'avons eu que 6 à 7 jours d'augmentation pour calculer cette moyenne. Rarement ce nombre de jours a été dépassé, quelquefois il n'a même pas été atteint. Nous savons que Winckel a observé exactement dans les mêmes conditions que nous-même, pendant 10 jours seulement. Lui aussi n'a pris en considération que les enfants bien allaités par leurs mères. Il a obtenu la moyenne de 35 grammes par jour, un peu plus pour les garçons que pour les filles. Quant à nous, nous avons trouvé pour les 369 enfants bien allaités une augmentation journalière de 40 grammes par jour.

Pour les 84 enfants des femmes ayant beaucoup allaité, l'augmentation moyenne est de 47 grammes par jour.

Pour les 35 enfants des femmes ayant peu allaité, l'augmentation quotidienne moyenne est de 45 grammes.

Pour les 250 enfants des femmes n'ayant jamais allaité, l'augmentation quotidienne moyenne est de 38 grammes.

Nous avons trouvé d'accord avec Kezmarski, Bouchaud, Haake, Winckel, Biedert, que les enfants des multipares gagnent davantage. Nous ne sommes en contradiction qu'avec Coudereau (1) qui a trouvé que les enfants des primipares augmentent plus vite.

(1) Coudereau, *loc. cit.*

Il nous a paru intéressant de savoir quelle différence existe entre l'augmentation moyenne des gros et des petits enfants.

Les	5 enfants	au-dessous de 2000 gr.	augmentaient de	25 gr.	en moyenne.
—	26 —	entre 2000-2500	—	36	—
—	93 —	— 2500-3000	—	41	—
—	162 —	— 3000-3500	—	43	—
—	83 —	au-dessus de 3500	—	41	—

Il y a une relation évidente entre le poids des enfants et leur augmentation journalière. Plus les enfants sont petits, moindre est leur augmentation. Seuls les gros enfants pesant plus de 3500 grammes font exception à la règle et augmentent comme ceux de 2500-3000 gr. Ces enfants gros et gras sont en général plus paresseux pour téter que les enfants de taille moyenne. Il paraît que déjà Hippocrate avait remarqué, que « les enfants gros et gras n'augmentent pas en proportion de leur graisse (1) ». L'augmentation maxima que nous avons observée a été de 160 gr. Nous avons laissé de côté ce cas pour établir notre moyenne, car l'enfant a quitté le service le lendemain de cette première augmentation.

Quant aux 62 enfants qui n'ont pas été dans d'aussi bonnes conditions, qui pour différentes causes n'ont pas pu être suffisamment allaités, à qui souvent on ajoutait une nourriture supplémentaire; leur augmentation quotidienne s'en est fortement ressentie. 15 enfants d'abord n'en ont pas eu du tout, puisque 9 ont diminué et 6 sont restés stationnaires. 47 seulement ou 74, 4 0/0 ont augmenté, et leur augmentation moyenne n'a été que de 12 grammes par jour.

(1) Biedert, *loc. cit.*

CHAPITRE VIII

Epoque de la chute du cordon ombilical.

Sur les 369 enfants bien alimentés on a oublié d'indiquer 24 fois le jour de la chute du cordon, il ne nous reste donc que 345 enfants.

Sur ces 345 enfants chez 34 (9, 8 o/o) la chute du cordon n'avait pas encore eu lieu le jour du départ de la clinique. Chez 311 enfants (90, 2 o/o) elle avait eu lieu.

La moyenne de l'époque de la chute est le 6, 8e jour.

Chez les 239 enfants des femmes, n'ayant jamais allaité, 30 fois ou 12, 5 o/o la chute n'a pas eu lieu. Chez 34 enfants des femmes, ayant peu allaité, 4 fois ou 11, 7 o/o la chute ne s'est pas effectuée. Chez 72 enfants des femmes ayant beaucoup allaité dans tous les cas la chute du cordon ombilical a eu lieu.

La moyenne chez les femmes qui allaitent pour la première fois est le 7e jour.

La moyenne chez celles qui ont peu allaité est le 6, 8e jour.

Enfin chez celles qui ont beaucoup allaité, elle est le 6, 3e jour.

En réalité ce dernier chiffre le 6, 3e jour est seul rigoureusement vrai, puisque dans cette catégorie seulement la chute du cordon a eu lieu dans tous les cas avant le départ. Les 2 premiers concernant les femmes, ayant peu ou jamais allaité devraient être plus élevés, puisque tous les cas de chute tardive n'ont pas été pris en considération.

Quant au poids des enfants, il y a aussi des différences assez marquées ; plus ce poids est considérable, plus la chute est rapide.

Sur les 78 enfants de plus de 3500 grammes chez 8, 9 o/o la chute n'a pas eu lieu. Chez les autres la moyenne = 6, 6e jour.

Sur les 150 enfants de 3000-3500 grammes, chez 10 o/o la chute n'a pas eu lieu, chez les autres la moyenne = 6, 8e jour. Sur les 89 enfants de 2500-3000 grammes chez 10, 1 o/o la chute n'a pas eu lieu, chez les autres la moyenne = 7, 1e jour. Sur les 25 enfants de 2000-2500 grammes chez 12 o/o la chute n'a pas eu lieu, pour le reste la moyenne = 7, 9e jour. Enfin, sur les 5 enfants de moins de 2000 grammes, on a oublié de marquer le poids deux fois. Dans les trois autres cas, la moyenne = 7e jour, mais il est évident que le nombre de cas n'est pas suffisamment grand pour considérer ce chiffre comme exact.

Quant aux enfants insuffisamment alimentés, gagnant moins de 20 gr. par jour, dans 9 o/o de cas la chute n'a pas eu lieu ; la moyenne des cas qui restent = 7, 2e jour.

Ces chiffres, à l'exception d'un seul, ne sont pas exacts, car nous ne connaissons pas la date de la chute du cordon dans tous les cas. Mais, comme ce sont justement les cas de chute tardive que nous n'avons pas pu observer à la clinique, il est évident que les chiffres que nous avons trouvés ne sont pas assez élevés. La chute se fait en réalité plus tard. Malgré ces inexactitudes, nous avons pu établir, que :

1° Chez les enfants bien alimentés le cordon tombe plus vite que chez ceux qui ne le sont pas ;

2° Chez les enfants des femmes qui ont beaucoup allaité, la chute est plus rapide et a lieu en moyenne le 6e, 3e jour ; cela tient évidemment à une alimentation plus parfaite ;

3° Chez les gros enfants la chute du cordon est plus rapide.

Quant aux différences qui existent entre les différentes catégories des enfants, nous sommes d'accord avec tous les auteurs, qui se sont occupés de la question. Mais, quant au jour de la chute, il n'en est plus de même.

Winckel (1) fixe pour la chute du cordon le 3e ou 4e jour, Bouchaud le 5e. Nous avons trouvé une époque beaucoup plus tardive.

Dans les meilleures conditions la chute a eu lieu en moyenne le 6e jour.

(1) Winckel, *loc. cit.*

CHAPITRE IX

Fréquence des règles pendant l'allaitement.

Pour pouvoir établir la fréquence du retour des règles chez une femme nourrice, nous nous sommes servi des indications fournies par nos multipares. Sur les 209 femmes qui auraient pu allaiter, il y en a eu 93 qui ont nourri au moins 6 semaines. Nous avons fixé, comme minimum ce chiffre, puisque les règles ne reviennent pas avant cette époque. Sur ces 93 femmes 55 ou 59 o/o ont vu leurs règles revenir pendant un ou plusieurs allaitements successifs avant l'époque du sevrage.

Si une femme était réglée pendant plusieurs allaitements successifs, toujours elle a commencé de l'être pendant le premier.

Les femmes non réglées à leur premier allaitement, ne le seront donc jamais en nourrissant leurs enfants suivants. Nous avons rencontré une seule exception et encore ne peut-elle pas être prise en considération. Il s'agit, en effet, d'une femme qui a allaité ses 8 enfants. Elle a sevré les 5 premiers et le 7e à 13 ou 14 mois environ, tandis que le 6e et le 8e ont été allaités chacun 26 mois.

Il n'est donc pas étonnant que, n'ayant pas eu ses règles pendant les 5 premiers allaitements, elle les ait vu revenir au 20e mois avant le sevrage du 6e et du 8e enfant.

Donc 54 femmes ont eu leurs règles pendant leur			1er allaitement.	
—	14	—	2e	—
—	6	—	3e	—
—	4	—	4e	—
—	1	—	5e	—

Sur les 93 femmes nourrices	93	ont allaité	1 fois.	
—	34	—	2	—
—	17	—	3	—
—	7	—	4	—
—	3	—	5	—

Sur les 93 qui ont allaité la 1re fois	les règles sont revenues	54 fois	ou	59 o/o
— 34	— la 2e	—	14	—	41 o/o
— 17	— la 3e	—	6	—	35 o/o
— 7	— la 4e	—	4	—	57 o/o
— 3	— la 5e	—	1	—	33 o/o

Les deux derniers chiffres n'ont pas grande portée par suite du petit nombre d'observations et à cause d'une coïncidence, mais les trois premiers prouvent bien que la fréquence du retour des règles diminue avec le nombre d'allaitements successifs. Ainsi donc, ce sont surtout les femmes, qui allaitent pour la première fois, qui verront leurs règles revenir avant le sevrage. Ce cas n'est pas exceptionnel puisque 59 o/o de nos nourrices primipares ont eu leurs règles avant le sevrage.

Nous ne pouvons bien juger de l'époque de l'apparition des règles que chez les femmes qui allaitent pour la première fois. En effet, nous ne possédons qu'un nombre insuffisant d'observations de femmes ayant vu leurs règles revenir pendant les allaitements ultérieurs. Nous avons, au contraire, 54 femmes qui ont eu leurs règles pendant qu'elles nourrissaient leur premier-né.

De ces 54 femmes 29 ou 53,7 o/o ont eu leurs règles avant le 6e mois.

20 ou 37 o/o les ont eues du 6e au 12e mois.

5 ou 9,2 o/o les ont eues après le 12e mois.

Nous pouvons donc dire que les 3/5 des femmes verront leurs règles revenir pendant leur premier allaitement et que dans plus de la moitié des cas ce fait aura lieu avant 6 mois.

Nous avons voulu savoir, si les règles étaient plus tardives à reparaître pendant les allaitements ultérieurs, mais le nombre de nos observations est insuffisant pour tirer des conclusions justes. Nous possédons des observations de femmes, chez lesquelles les règles reviennent toujours à la même époque, par exemple une VIpare, qui a allaité 5 enfants et a toujours été réglée dès la 6e semaine, ce qui ne l'empêchait en rien d'être une excellente nourrice. Nous en avons d'autres, où l'époque de l'apparition des règles devient de plus en plus éloignée ; dans un cas, au contraire,

cette époque a été plus rapprochée pour le 2e allaitement que pour le 1er.

Une seule chose nous semble établie, c'est qu'il existe un certain nombre d'excellentes nourrices, qui sont toujours réglées, malgré un grand nombre d'allaitements successifs.

Nous ne pouvons pas tirer de conclusions de ce qui se passe dans les cas d'allaitement mixte, parce que nous ne possédons pas assez d'observations.

Souvent les règles sont moins abondantes et plus espacées pendant la période d'allaitement. Sur les 54 femmes réglées, 15 l'ont été bien moins abondamment ; chez 2 les règles étaient presque nulles ; 3 fois elles étaient irrégulières et moins fréquentes.

Quant à l'influence que les règles exercent sur la sécrétion lactée, elle est variable. Sur 54 femmes, 25 ont eu pendant les quelques jours de menstrues moins de lait ; 6 disent avoir eu du lait moins épais ; une enfin déclare avoir perdu définitivement son lait après l'apparition des premières règles.

Quant à l'influence que les règles exercent sur la santé des enfants, elle est nulle dans la majorité des cas. Parfois, au contraire, il y a quelques troubles. Des 54 femmes, 48 ont répondu que leurs enfants ne souffraient en rien ; 5, qu'ils avaient toujours de la diarrhée ; 1, enfin, trouvait que l'enfant était très excité. Comme il s'agissait d'enfants qu'on n'avait pas l'habitude de peser, on ne peut rien savoir sur leur accroissement pendant cette époque. Malgré cela, il semble démontré que dans la majorité des cas les règles n'ont aucune action nuisible.

Certains auteurs qui ont traité cette question donnent des chiffres différents des nôtres. Nos résultats se rapprochent le plus de ceux de Biedert, qui est d'avis que chez la moitié des femmes allaitant pour la première fois les règles reviennent de 1 1/2-4e mois. Boutequoy (1), au contraire, a trouvé que sur 312 nourrices, 18 seulement ont eu leurs règles avant 6 mois et 197 n'en ont pas eues avant 15 mois. Nous avons trouvé une statistique intéressante de Maier (2) concernant les femmes de certaines localités

(1) Boutequoy, *Étude clinique sur l'allaitement*. Thèse de Paris, 1854.
(2) Maier, *loc. cit.*

de la Bavière, où elles ont perdu depuis de longues générations l'habitude d'allaiter (voir chapitre III, Ire partie) et en auraient maintenant perdu l'aptitude. D'ordinaire, elles n'ont du lait que pendant quelques mois et encore le plus souvent en quantité insuffisante. Maier a trouvé que chez elles les règles revenaient presque toujours, et de très bonne heure, ordinairement le 2e, quelquefois le 3e, au plus tard le 4e mois.

CHAPITRE X

Influence de la grossesse survenant au cours d'un allaitement.

Nous possédons 20 observations de femmes, qui devinrent enceintes, pendant qu'elles allaitaient et qui continuèrent à allaiter encore pendant quelque temps :

7	fois pendant	1	mois de grossesse.
5	—	2	—
5	—	3	—
2	—	4 1/2	—
1	—	5	—

Ces 20 cas se rapportent à 16 femmes, le fait s'étant répété à 2 reprises chez 4 femmes.

Il nous a paru d'un grand intérêt de savoir si ces grossesses se sont produites chez des femmes réglées. 9 fois elles avaient déjà eu leurs règles, qui n'ont cessé qu'après la nouvelle fécondation. 11 fois au contraire elles ne les avaient pas eues du tout et elles ne s'attendaient pas à une grossesse.

Ces faits sembleraient prouver la possibilité de l'oviduction pendant l'absence des règles.

L'influence de la nouvelle grossesse sur l'état de santé de l'enfant est peu marquée.

Dans 15 cas elle a été nulle.

Dans 5 cas l'enfant fut affecté de diarrhée verte.

Nous ne savons rien sur les variations dans leur accroissement, puisque les enfants ne furent jamais pesés.

Quant à la santé de la mère, dans 12 cas elle n'a pas été modifiée, dans 8 cas les femmes éprouvaient une grande fatigue, qui dans un cas s'accentua et entraîna un dépérissement très marqué.

L'influence de la nouvelle grossesse s'est exercée de la façon la plus manifeste sur la sécrétion lactée. Dans 7 cas seulement la quantité de lait resta la même, 9 fois elle diminua beaucoup ; 4 fois enfin le lait se tarit presque complètement et assez brusquement pour nécessiter le sevrage immédiat.

Dans 5 cas les femmes ne se doutaient pas de leur grossesse, et ne s'en aperçurent qu'après le sevrage de leurs enfants. Leur santé était parfaite, une seule se sentait plus fatiguée.

3 fois le sevrage eut lieu aux premiers mouvements du fœtus. Les femmes ne soupçonnaient pas leur grossesse et avaient allaité 4, 4 1/2 et 5 mois, quoique déjà enceintes. Cependant leur santé était restée bonne. Elles sevrèrent par crainte de tomber malades et de nuire à leurs enfants.

5 fois les femmes se savaient enceintes et sevrèrent par peur, quoique leur état fut satisfaisant.

3 fois une fatigue excessive des mères fut la cause du sevrage.

4 fois une agalactie presque complète les obligea de sevrer. Dans 2 cas cette agalactie subite leur fit soupçonner leur grossesse.

Quoique le nombre de nos observations soit peu considérable, il nous semble établi, que la grossesse survenant au cours d'un allaitement constitue rarement un danger pour l'enfant, que souvent elle fatigue trop la mère et qu'elle entraîne dans la majorité des cas une diminution ou une suppression complète de la sécrétion lactée.

Presque jamais toutefois le sevrage ne s'impose d'urgence.

Il faut retenir aussi, que dans la moitié des cas la grossesse survient sans règles préalables.

OBSERVATIONS

Observation I.

N° 356 (1893). — Salle n° 7. — Femme, âgée de 36 ans, accouchée le 13 mars à 8 heures du soir, XIIpare, brune, d'embonpoint moyen, bien réglée ; seins petits, mous, à glandes de volume moyen ; elle a eu tres peu de colostrum pendant toutes ses grossesses. Les seins n'augmentent jamais. Sa santé est assez bonne, mais elle est anémique. Elle n'a pas de métier, travaille seulement a son ménage. C'est une femme très pauvre, qui s'alimente tres mal. Elle a eu 11 enfants. Elle n'a pas commencé a nourrir son I enfant, l'a placé aussitôt au biberon à la campagne, pour pouvoir se placer nourrice. On l'a refusée pour manque de lait, la montée laiteuse a été très faible, la sécrétion lactée tres peu abondante. L'enfant est mort à 4 mois de coqueluche (?) Le 2e enfant, né avant terme, est mort aussitôt aprés l'accouchement, la montée a été faible, le lait peu abondant.

Elle a pu allaiter son 3e enfant moitié au sein, moitié au biberon pendant 6 mois, elle a eu peu de lait ; seulement les tétées nocturnes plus espacées étaient suffisantes. Les regles revinrent à 3 mois. L'enfant vit, est assez chétif, a marché à 12 mois, 1re dent à 11 mois.

Elle a nourri le 4e enfant pendant 3 mois, en lui donnant aussi le biberon. A 3 mois elle a en déjà trop peu de lait ; les règles revinrent à 3 mois.

L'enfant vit, a marché à 16 mois, 1re dent à 9 mois. Il est rachitique, il a les jambes en cerceaux.

Elle n'a eu du lait que pendant 5 semaines pour son 5e enfant ; elle l'a élevé au biberon. Il est mort à 8 mois de gastro-entérite.

Le 6e enfant n'a pu être allaité, faute de lait, que pendant quelques semaines. Il est mort a 4 mois de gastro-entérite.

Le 7e enfant n'a pas pu être nourri du tont au sein, car elle n'avait presque pas de lait. Il a été élevé au biberon. Il est mort à 9mois de broncbo-pneumonie.

Pendant qu'elle était enceinte de son 8e enfant, sa situation était nn peu meilleure. Son mari gagnait davantage, elle mangeait mieux, se fatiguait moins. Cette amélioration de sa situation pécuniaire dura aussi après l'accouchement. La montée laitense fût plus forte que d'habitnde, elle avait assez de lait, la 1re fois de sa vie elle éprouvait la sensation du « lait qui monte ». Elle a pu allaiter l'enfant pendant 7 mois exclusivement au sein. Les règles revinrent vers cette époque, le lait diminua. L'enfant a marché à 12 mois, 1re dent

à 6 mois ; pendant cet allaitement, elle mangeait bien et pouvait se permettre le luxe de prendre 1 litre de bière par jour.

Les conditions continuent à être assez bonnes pendant sa 9e grossesse, et pendant l'allaitement qui la suit. Elle a assez de lait, nourrit exclusivement au sein pendant 7 mois. Les règles reviennent à cette époque, le lait diminue. L'enfant vit, il a marché à 12 mois, 1re dent à 5 mois.

Pendant son 10e allaitement, la misère revient. De nouveau la femme ne mange pas assez, elle est plus anémiée. Elle n'a du lait que pendant 6 semaines. Les règles reviennent à 2 mois. L'enfant est mort a 4 mois de diarrhée.

Pendant son 11e allaitement, les conditions ne sont pas meilleures. Elle ne peut nourrir que pendant 2 mois 1/2 et encore donne-t-elle en même temps le biberon. Les règles reviennent vers 2 mois. L'enfant a actuellement 13 mois, il a eu sa 1re dent a 7 mois.

La femme n'a donc pu bien allaiter que le 8e et le 9e enfants, tous les 2 exclusivement au sein pendant 7 mois, pendant ces 2 allaitements elle s'alimentait bien, tandis qu'elle ne pouvait pas le faire pendant les autres. De tous ses enfants seulement le 8e et le 9e n'ont jamais eu de diarrhée verte, tous les autres en ont eu.

Allaitement actuel. — La femme a très peu de colostrum, l'enfant tette très bien, la 1re tétée a eu lieu 10 heures après l'accouchement. La montée peu accentuée a eu lieu 60 heures après l'accouchement. Le lait est assez abondant, l'enfant tette bien, ne reste au sein que 10 minutes, paraît rassasié, il commence à augmenter le 4e jour. L'augmentation quotidienne est de 47 grammes par jour. Ses fontanelles et ses sutures deviennent bien tendues pendant les derniers jours de son séjour à la clinique.

L'enfant qui pesait 3950 grammes à sa naissance, a perdu 220 grammes pendant 3 jours. Il pèse à la sortie 3920 grammes. Il a donc a peu près regagné son poids primitif.

La femme attribue la sécrétion lactée assez abondante, à la bonne alimentation et au repos de l'hôpital. Elle désire allaiter, mais l'expérience qu'elle a acquise, lui fait craindre de ne pas pouvoir le faire bien et assez longtemps.

Elle sort le 21 *mars*, avec une sécrétion lactée assez abondante, son enfant est en bon état. Ses sutures et ses fontanelles sont tendues.

Observation II.

N° 364. (1893). — Salle Solatres. — Femme âgée de 22 ans. — I pare ; accouchée à 4 heures 1/2 du soir. Le 15 *mars*. — Santé bonne, mais les urines contiennent de l'albumine. Les seins sont volumineux, les glandes de volume moyen ; il y a eu une augmentation notable pendant la grossesse ; le colostrum est peu abondant, mais épais, il existe depuis le 6e mois. Les mamelons sont assez courts. — L'enfant n'est pas à terme, il ne pèse que 2380 grammes il prend bien les mamelons depuis la Ie tétée, qui est bonne.

Le 16. — Le colostrum est encore très peu abondant, l'enfant tette bien, mais s'impatiente vite, car il ne trouve rien dans les seins. La mere a encore de l'albumine dans les urines, elle est au régime lacté exclusif.

Le 17. — Encore peu de colostrum.

Le 18. — Le colostrum est assez abondant, l'enfant tette très bien.

Le 19. — Le colostrum est tres abondant, l'enfant tette tres bien et commence à augmenter · la mere est toujours au régime lacté ; l'albumine n'a pas encore complètement disparu des urines.

Le 20. — La montée a eu lieu dans la matinée, environ 108 heures apres l'accouchement. Elle a été d'intensite moyenne ; le lait est abondant, l'enfant tette tres bien, ses sutures sont tres tendues, la mere est toujours au régime lacté.

Le 21 et le 22. — *Ibid.*

Le 23. — Il n'y a plus d'albumine, on permet à la femme de manger. Le lait est toujours tres abondant, l'enfant continue a bien téter. Ses sutures et ses fontanelles sont très tendues.

Le 24. — *Ibid.* — L'enfant qui pesait 2380 grammes à sa naissance, a perdu 210 grammes pendant 3 jours. Il a commencé à augmenter le 4e jour, quoique la montée laiteuse n'ait eu lieu que le 5e. L'augmentation quotidienne a atteint 78 grammes (pendant 5 jours). Il a dépassé son poids de naissance et pèse 2560 grammes à son départ.

Cette observation prouve qu'une femme albuminurique, au régime lacté exclusif, peut cependant être une excellente nourrice.

Observation III.

No 369 (1893). — Salle Mauriceau. — Femme XIpare, âgée de 42 ans, — accouchée à 5 h. 45 m. matin, 16 mars. Santé bonne. Seins petits, glandes excessivement petites, rudimentaires. Ils n'ont pas augmenté pendant la grossesse. Elle a quelques gouttes de colostrum, depuis l'accouchement. Elle n'a jamais pu allaiter aucun de ses 10 enfants, car jamais elle n'avait de lait. Jamais elle n'a eu de montée laiteuse, elle ne connait pas la sensation du « lait qui monte ». Elle a essayé de nourrir presque tous ses enfants : pour un d'eux elle avait prolongé ses tentatives pendant 2 semaines, en croyant que le lait allait venir ; mais l'enfant dépérissait, le lait n'augmentait pas, elle prit alors le parti de l'envoyer en nourrice, ainsi que tous les autres. Elle dit être dans de bonnes conditions pécuniaires, et pouvoir s'alimenter d'une façon suffisante. Ses seins contiennent à peine quelques gouttes de colostrum, l'enfant tette très bien.

Le 17. — A peine quelques gouttes de colostrum, l'enfant tette bien, mais ne trouvant rien dans les seins, crie aussitôt et les quitte.

Le 18. — *Ibid.*

Le 19. — *Ibid.* L'enfant dépérit, on commence à lui donner du lait stérilisé.

Le 20. — En pressant les seins, avec le plus grand soin on en voit sourdre à peine quelques gouttes de lait. Il n'y a pas eu de montée laiteuse. L'enfant continue à bien téter, mais prend surtout du lait stérilisé.

Du 21 au 26, le lait n'a pas augmenté, quoique l'enfant tette souvent et très vigoureusement. Il y en a à peine quelques gouttes. L'enfant prend toujours du lait stérilisé. Il pesait 2850 grammes à sa naissance, a perdu 270 grammes pendant 3 jours, a commencé à augmenter depuis le 4e jour, depuis qu'il prend en plus du lait stérilisé. Il a augmenté de 10 grammes par jour (7 jours).

Cette femme semble donc atteinte d'agalactie primitive, cependant non absolue, puisque ses glandes mammaires sécrètent une petite quantité de lait.

Observation IV.

N° 404 (1893). — Salle Lachapelle. Femme âgée de 29 ans, accouchée le 22 mars à 12 h. 5 matin, IIpare n'ayant pas allaité son 1er enfant. Santé bonne, maigreur excessive. Les seins sont de volume moyen, les glandes bien développées. L'augmentation pendant la grossesse a été peu marquée. Les mamelons sont préhensibles. Elle est accouchée de 2 jumeaux de 2260 grammes et 2160 grammes, ils tettent très bien tous les deux.

Le 23. — Une montée violente a eu lieu à peu près 24 heures après l'accouchement. Le lait est extrêmement abondant ; les 2 enfants tettent très bien. Une petite gerçure apparaît au sommet du mamelon droit. Elle n'est pas douloureuse et n'empêche en rien l'allaitement.

Du 24 au 30. — Le lait est en abondance extrême, les seins sont constamment durs, gorgés de lait, les enfants tettent bien, ils ont commencé à augmenter dès le 3e jour, les sutures et les fontanelles sont tendues, les crevasses sont guéries.

Le 31. — Il n'y a plus de crevasses ; les seins sont constamment durs, on est obligé de faire une légère compression, car ils s'engorgent souvent.

Du 1er au 14 *avril*. — Le lait est toujours extrêmement abondant. Les enfants tettent bien, leurs sutures sont très tendues. Le 1er pesait 2260 grammes, il a perdu 150 grammes pendant 2 jours, a commencé à augmenter le 3e jour ; l'augmentation quotidienne a été de 28 grammes (pendant 22 jours). Le 2e pesait 2160 grammes, a perdu 150 grammes pendant 2 jours, a commencé à augmenter le 3e. L'augmentation quotidienne a été de 36 grammes (pendant 22 jours). L'augmentation est énorme, vu le petit poids des enfants. Cette femme n'a pas été perdue de vue après son départ de la clinique. Elle a été placée nourrice de 2 autres jumeaux ; pendant 10 mois, elle a pu les nourrir exclusivement de son sein, et avait toujours du lait en quantité même trop con-

sidérable. Les enfants profitaient bien et augmentaient régulièrement. Elle n'a pas eu ses règles pendant ces 10 mois. Depuis cette époque, l'un des jumeaux étant mort de rougeole, elle n'a plus allaité qu'un seul enfant, qu'elle nourrit encore actuellement. L'enfant a maintenant 14 mois. Son état de santé est très satisfaisant. Il pesait à sa naissance 2000 grammes, à 12 mois il pesait 10 kilogrammes; le poids de l'autre jumeau était depuis sa naissance jusqu'à sa mort, toujours plus considérable que celui du premier.

Cette femme a donc pu allaiter simultanément 2 enfants pendant 10 mois. Sa santé et celle des enfants a toujours été excellente. Elle avait un appétit excellent et avait besoin d'une alimentation très abondante.

Observation V.

Nº 414 (1893). — Salle Lachapelle. — Femme âgée de 34 ans. Elle est accouchée le 24 mars à 11 h. m. de 2 jumeaux, dont un est mort pendant l'extraction. L'autre est très chétif et ne pèse que 2370 grammes. La santé de la femme est bonne, ses seins sont volumineux, ils ont doublé de volume pendant la grossesse. Les glandes sont volumineuses. Le colostrum est peu abondant et n'existe que depuis l'accouchement. Les mamelons sont complètement invaginés, comme retenus à l'intérieur par des brides fibreuses tres résistantes. Il semble absolument impossible de les allonger. Cependant comme la femme désire beaucoup allaiter elle-même, on se décide à tenter un essai. Les tentatives persévérantes, pour faire prendre les mamelons par l'enfant ne réussissent pas. Il ne veut pas non plus téter avec un bout de sein artificiel. Vu son état, on est forcé de le faire allaiter par une nourrice pendant les 4 premiers jours. Il augmente dès le 2e jour. Il est placé dans une couveuse.

Le 28. — Une montée forte a eu lieu 96 heures après l'accouchement. La mère a du lait en grande abondance. L'enfant commence à téter la mere à l'aide d'un bout de sein artificiel. On ajoute cependant encore 3 fois par jour du lait stérilisé.

Le *4 avril*. — Le lait est excessivement abondant, l'enfant tète bien avec le bout, mais on ajoute toujours un peu de lait stérilisé. Il a réussi pour la première fois à prendre directement le mamelon gauche, mais n'a pu le garder que quelques instants.

Le 5. — L'enfant réussit de temps en temps à saisir les 2 mamelons, mais tète toujours avec le bout. Le lait est très abondant. Il y a de petites crevasses.

Le 6. — Température 39,7°, le sein gauche est douloureux, engorgé, rouge. On est en présence d'une lymphangite, dont une crevasse est le point de départ. On fait le pansement d'usage et une compression énergique. L'enfant est au lait stérilisé.

Le 7 et le 8. — La mère n'allaite pas, l'enfant est au lait stérilisé, température normale.

Le 9. — La mère reprend l'allaitement, les crevasses sont en bon état. Le lait est toujours abondant, mais l'enfant, vu son état de faiblesse congénitale, est allaité en même temps par une nourrice. De temps en temps, il prend les mamelons de la mère directement, mais surtout avec un bout.

Du 10 au 12. — Les crevasses sont presque guéries, l'enfant prend les mamelons de plus en plus souvent, ils sont déjà plus longs ; l'ombilication a disparu. La mère touche souvent les crevasses avec les doigts, et ne conserve pas les petites compresses, qui font partie du pansement.

Le 13. — Une nouvelle poussée de lymphangite a lieu. On recommence le pansement et la compression. Elle n'allaite plus, l'enfant est au sein d'une nourrice.

Le 14 et le 15. — Le lait est toujours abondant, la température est normale.

Le 16. — Elle reprend l'allaitement, l'enfant prend très bien les 2 mamelons et les garde assez longtemps. Il a encore tété une nourrice. Le lait est abondant.

Le 17. — L'enfant tète facilement, on supprime le bout de sein. Les mamelons, tout en restant encore très courts, sont cependant préhensibles et l'enfant réussit à les garder. Les crevasses ne sont pas encore complètement guéries. La femme sort ; elle désire absolument allaiter elle-même. On lui recommande de garder encore le pansement. L'enfant qui pesait 2370 grammes à sa naissance, en pèse 2590 à la sortie. Il n'a donc augmenté en moyenne que de 11 grammes par jour ; son état n'est pas mauvais.

Cette observation sert d'exemple d'un allongement suffisant des mamelons dans un cas jugé impossible. Malgré l'invagination complète, malgré les crevasses, malgré les 2 poussées de lymphangite et l'état de faiblesse de l'enfant, on a cependant pu obtenir le 24e jour, un résultat satisfaisant.

Observation VI.

N° 448. — Salle Solayrès. — Femme âgée de 21 ans, Ipare. Accouchée à 7 heures 1/4 du soir, 30 mars. Sa santé générale n'est pas bonne ; elle est très faible et anémique. Elle a été en Afrique pendant 2 ans 1/2, elle y a contracté une maladie du foie ; depuis ce temps elle a constamment une teinte subictérique. Elle est atteinte en outre de fièvre intermittente à accès fréquents, dont elle connaît bien la marche, et l'époque. Ses seins sont petits, à glandes petites, ils ont un peu augmenté pendant la grossesse : le colostrum est très peu abondant, elle n'en a pas eu avant l'accouchement. Les mamelons sont saillants.

Le 31. — Le colostrum est un peu plus abondant. L'enfant tète très bien.

Le 1er *avril*. — Vers le soir se déclare une montée laiteuse forte ; elle suit donc à peu près de 48 heures l'accouchement. Elle est suivie d'une abondante sécrétion lactée. L'enfant tete bien.

Le 2. — La femme a eu un accès de fièvre intermittente, qui ressemble en tout à ses acces antérieurs ; elle s'y attendait du reste, vu la périodicité des accès. Elle a 39°. Le soir la fièvre tombe. L'enfant continue à téter, il commence à augmenter. Le lait est abondant.

Du 3 au 9. — La température est normale, le lait abondant, l'enfant tete bien et augmente régulièrement. Les sutures sont larges et tendues.

Le 10. — La mere a eu pendant toute la journée une diarrhée violente, qu'on a réussi à calmer par des lavements laudanisés. Elle est très affaiblie, l'enfant tète bien, mais le lait semble avoir diminué.

Le 11. — La mere va mieux, la diarrhée est calmée. L'enfant n'en a jamais souffert ; ses sutures sont tendues. Le lait revient en aussi grande quantité, qu'auparavant.

Du 12 au 14. — Le lait est abondant, l'enfant tète bien. Son poids de naissance était 2910 grammes. Il a perdu 210 grammes en 2 jours. L'augmentation a commencé le 3e jour. En partant, il pese 3060 grammes. Il a donc dépassé le poids initial. L'augmentation quotidienne a été de 27 grammes par jour. Ses sutures et ses fontanelles sont tendues.

Cette observation prouve qu'une femme atteinte d'ictère et de fièvre intermittente, a pu être bonne nourrice, et que la diarrhée intense, dont la mère fut affectée le 11e jour, n'a eu aucune influence sur l'enfant.

Observation VII.

N° 451. (1893). — Salle Lachapelle — Femme accouchée à 10 heures du matin. 31 mars, II pare, n'ayant pas allaité son 1er enfant. Santé bonne. Seins volumineux, glandes moyennes ; l'augmentation a été considérable pendant la grossesse. Le colostrum est abondant, aqueux, il existe presque depuis le début de la grossesse. Mamelons très courts, mais allongeables.

Le 1er *avril*. — Colostrum abondant, l'enfant ne peut pas saisir les mamelons.

Le 2. — Montée violente, 44 heures après l'accouchement. Seins durs, engorgés, mamelons encore moins préhensibles. L'enfant ne peut pas les saisir.

Le 3. — Les seins sont un peu plus souples, l'enfant saisit de temps en temps les mamelons, mais ils lui échappent souvent. Le lait est abondant.

Le 4 et le 5. — Les sutures sont affaissées, l'enfant n'a pas encore fait une seule bonne tétée.

Le 6. — L'enfant commence à bien téter, les mamelons sont déjà suffisamment longs. Le lait est très abondant.

Le 7. — L'enfant commence à augmenter, les sutures sont peu tendues.

Du 8 au 11. — L'enfant tète bien, ses sutures sont tendues. Le lait est extrêmement abondant. Il sort en bon état.

Il pesait 4110 grammes à sa naissance. Il a perdu 700 grammes pendant 5 jours. L'augmentation a commencé le 6e jour, et a été de 52 grammes par jour (pendant 4 jours). A son départ l'enfant pèse 3700 grammes. Il sort en bon état.

Nous avons la preuve qu'une perte de poids très considérable, 700 grammes, n'a pas compromis la santé de l'enfant. Il est vrai que son poids de naissance atteignait 4190 grammes.

Observation VIII.

N° 474. — Pavillon d'isolement. — Femme IVpare, n'ayant jamais allaité ; elle a fait un avortement de 2 mois 1/2 le 3 avril. Les seins sont petits, ils ont doublé de volume depuis le début de la grossesse ; les glandes sont bien développées. Il n'y a pas une seule goutte de colostrum. La femme ne commence à en avoir que vers le 5e mois.

Le 4. — Aucune réaction du côté des seins, ils sont mous, flasques, pas une goutte de colostrum.

Le 5. — Les seins présentent de nombreux noyaux indurés ; des veines distendues les sillonnent. La femme éprouve une sensation de tension incommode et des picotements ; elle reconnait les mêmes sensations qu'elle éprouvait à chaque montée laiteuse antérieure, cependant tres atténuées. Il y a une sécrétion plutôt colostrale, mais assez abondante.

Le 6. — Les noyaux indurés ont disparu, les seins sont redevenus flasques. Il y a encore un peu de colostrum.

Le 7. — A la pression il y a encore un peu de colostrum, la femme part.

Nous sommes ici en présence d'une montée laiteuse nette quoique très peu accentuée. Vu que la femme n'a jamais allaité antérieurement et que l'âge de la grossesse ne dépasse pas 2 mois 1/2, ce fait n'est pas commun.

Observation IX.

N° 521 (1893). — Salle Lachapelle. — Femme, âgée de 28 ans, elle a expulsé un fœtus de 4 mois à 4 h. 20 matin, le 13 avril ; Ipare, blonde, à seins petits, qui ont un peu augmenté pendant la grossesse ; les glandes sont peti-

tes. Les mamelons sont très plats. Ils font à peine saillie au-dessus de l'aréole. A la pression on voit sourdre quelques gouttes de colostrum aqueux.

Le 16. — Dans l'après-midi, c'est-à-dire à peu près 84 heures après l'avortement, la femme s'aperçoit d'une légère montée laiteuse. Les seins sont durs, gonflés, douloureux, les veines qui les sillonnent sont plus apparentes. A la pression on fait jaillir du vrai lait épais en assez grande abondance. On fait la compression des 2 seins.

Le 17. — Le lait est toujours assez abondant, la compression dure toujours, elle soulage la femme.

Le 18. — *Ibid.*

Le 19. — Le matin, c'est-à-dire le 6e jour après l'avortement, le sein droit devient très dur, excessivement douloureux, la femme y éprouve des élancements. La peau est rouge au niveau du mamelon et à la partie inférieure du sein. La température est de 40°. La femme a eu un petit frisson dans la nuit. On est en présence d'une lymphangite du sein droit, bien que la femme n'ait jamais allaité et qu'on ne trouve pas de solution de continuité au niveau du mamelon. On lui donne 50 centigrammes de sulfate de quinine. On lave avec soin les mamelons avec la solution de Lepage, et on applique ensuite son pansement, on fait aussi une compression énergique. Le soir du même jour la température tombe à 37,5°.

Le 20. — Température 37°, le sein est encore douloureux, mais la rougeur a disparu, le sein est redevenu souple. On renouvelle le pansement. Le lait est toujours assez abondant.

Le 21. — Température 37°, le sein n'est plus douloureux, il est souple, le lait y est assez abondant. La femme quitte la clinique. On lui recommande de garder le pansement pendant quelques jours.

Cette observation démontre la possibilité de l'apparition d'une lymphangite chez une femme qui n'allaite pas et dont les mamelons ne présentent pas d'apparente solution de continuité de l'épiderme.

Observation X.

N° 561 (1893). — Salle Portal. — Femme, âgée de 21 ans, accouchée à 2 heures du soir, le 19 avril. Sa santé est bonne ; les seins sont petits à glandes relativement bien développées ; ils n'ont pas augmenté pendant la grossesse. Le colostrum est abondant, épais ; il n'y en a pas eu avant l'accouchement. Les mamelons sont bien conformés, la première tétée a été bonne.

Le 20. — Colostrum abondant, enfant tete bien.

Le 21. — *Ibid.*

Le 22. — De petites crevasses apparaissent aux sommets des 2 mamelons ; montée violente 72 heures apres l'accouchement. Le lait est abondant. La

femme a un peu de grippe, sa température est de 38°. On fait le pansement d'usage. L'enfant tète très bien ; il a commencé à augmenter.

Le 23. — La température est de 38,3°, le lait est abondant, l'enfant tète tres bien, les crevasses vont mieux.

Le 24. — La température est normale, le lait abondant, l'enfant tète bien, ses sutures sont tendues. Les crevasses sont presque guéries, elles étaient insignifiantes.

Le 25. — Les crevasses sont complètement guéries, on supprime le pansement.

Du 26 *avril* au 4 *mai*. — Le lait est abondant, l'enfant tète bien, ses sutures sont tendues, il n'y a plus de crevasses depuis 10 jours.

Le 5. — Le sein droit est douloureux. La femme éprouve des douleurs lancinantes, il y a une petite induration à la partie inférieure et externe du sein, il n'y a pas de crevasses, la rougeur n'est pas bien nette. On panse et on comprime le sein. La température est de 38°,9. L'enfant continue à téter l'autre sein.

Le 6. — La température est de 39,6°. Le sein est moins douloureux. On trouve une petite collection purulente très superficielle a la partie inférieure et externe du sein. Le petit abcès formé est incisé, il donne issue à une quantité de pus insignifiante. L'enfant continue à téter l'autre sein.

Le 7. — La température est normale, l'enfant tète bien l'autre sein. Il n'y a pas trace de pus dans le lait du sein malade.

Le 8. — *Ibid*. Le lait est moins abondant dans le sein malade.

Le 9. — La plaie de l'incision est presque cicatrisée, on fait un petit pansement, qui laisse la mamelon à découvert. Comme le lait ne contient pas trace de pus, comme d'ailleurs l'abces n'intéressait pas la glande, on permet à la femme de reprendre l'allaitement bilatéral. Le lait redevient abondant dans le sein malade dès les premieres tétées. La femme sort.

L'enfant a toujours bien tété, ses sutures et ses fontanelles sont tendues. Il pesait a sa naissance 3660 grammes, il a perdu 190 grammes en 2 jours, a commencé à augmenter le 3e jour. Il pèse à son départ 3930 grammes. L'augmentation quotidienne est de 23 grammes (18 jours).

Nous avons ici l'exemple d'un abcès survenu, quoique les crevasses paraissaient guéries depuis longtemps. Cet abcès n'a en riengêné l'allaitement et n'a nécessité que sa suppression du côté malade pendant 3 jours.

Observation XI.

N° 587 (1893). — Salle Portal. — Femme accouchée à 7 heures du matin, le 24 avril, âgée de 36 ans, IXpare, ayant nourri 3 de ses enfants. Sa santé

n'est pas très bonne, elle a une gastrite chronique, probablement d'origine alcoolique. Les seins sont petits à glandes petites, ils ont un peu augmenté pendant la grossesse. La quantité de colostrum est peu considérable, il est apparu depuis les premiers mois de la grossesse. Les mamelons sont courts, mais peuvent être allongés. L'enfant tète bien.

Le 25. — La montée peu accusée a lieu dans la soirée, c'est-à-dire environ 36 heures après l'accouchement. Le lait est assez abondant, l'enfant tète bien. Il n'y a pas trace de crevasses.

Le 26. — Quoiqu'un examen attentif ne permette pas de constater la moindre solution de continuité au niveau du mamelon gauche, le sein gauche est rouge, chaud, engorgé, douloureux, les ganglions axillaires sont gros et sensibles, la température atteint 39,3°. On est en présence d'une lymphangite apparue sans crevasses apparentes. On fait le pansement d'usage et une compression énergique. L'enfant ne tète que le sein droit.

Le 27. — Le sein est encore dur, rouge et douloureux, l'enfant ne tète que l'autre.

Le 28. — Il y a eu un frisson violent dans la nuit, la température atteint 41°. La femme est placée dans le pavillon d'isolement et soumise à l'irrigation continue. L'enfant tète une nourrice. Le sein n'est plus sensible, il est plus souple. Le lait y est moins abondant.

Le 29. — La température est normale, la femme n'allaite pas encore, le lait semble peu abondant.

Le 30. — La mère commence à allaiter, le lait est beaucoup moins abondant. Une nourrice l'aide plusieurs fois par jour.

Du 1er au 4 *avril*. — Le lait devient peu à peu plus abondant, l'enfant tète toujours en plus une nourrice, 3 ou 4 fois par jour. Ses sutures sont assez tendues.

Le 5. — Départ. Le lait est devenu assez abondant ; on a pu supprimer la nourrice. L'enfant tète bien, il est en bon état. Il pesait 3200 grammes. Il a perdu 300 grammes dans l'espace de 4 jours, et n'a commencé à augmenter que le 5e jour. L'augmentation quotidienne est de 20 grammes.

Dans ce cas, la lymphangite paraît ne pas avoir débuté par une crevasse, puisqu'il n'y en avait aucune trace. Elle était peut-être une manifestation de l'infection générale de l'organisme maternel, infection dont on eut d'ailleurs vite raison.

Observation XII.

N° 598. — Salle Solayrès. — Femme âgée de 21 ans, Ipare, accouchée à 5 h. 20 m. du soir, le 26 avril. Santé bonne en général; elle a eu avant l'accouchement de l'albumine qui, après l'accouchement, a presque disparu ; elle est

au régime ordinaire. Les seins sont assez volumineux, ils n'ont pas augmenté pendant la grossesse; les glandes sont de volume moyen ; les mamelons sont peu saillants. Le colostrum est assez abondant depuis 2 mois. L'enfant, né avant terme et pesant 1920 grammes est placé dans une couveuse, il est très faible, et n'arrive pas à prendre les mamelons.

Le 27. — L'enfant tète un peu, mais très faiblement, le colostrum est assez abondant.

Le 28. — *Ibid.* L'enfant tète sans force, il prend très peu de colostrum à la fois.

Le 29. — La montée commence vers le soir, l'enfant ne peut pas prendre les mamelons encore moins préhensibles. La mère exprime son lait et le lui donne à la cuiller. La montée a eu lieu 72 heures après l'accouchement.

Le 30. — Le lait est très abondant. Les seins sont encore durs. L'enfant ne peut pas encore prendre directement les mamelons. Il est nourri du lait de sa mère à la cuiller.

Le 1er *mai.* — Les seins sont redevenus souples. Le lait est très abondant. L'enfant tète très bien directement, il a réussi à allonger suffisamment les mamelons. Son état général est bon, ses sutures tendues.

Du 2 au 10. — *Ibid.* Le lait est toujours abondant, l'enfant tète les seins directement, son état est bon, ses sutures tendues. Il pesait à sa naissance 1920 grammes, a perdu 270 grammes pendant 4 jours, a commencé à augmenter le 5e. A sa sortie il pèse 1910 grammes, il a donc, à peu près le poids de la naissance. Il a augmenté de 20 grammes par jour (pendant 10 jours).

C'est un exemple d'une augmentation régulière et considérable chez un enfant faible possédant peu d'énergie vitale, ne pesant que 1920 grammes ; la mère quoique albuminurique avant l'accouchement, est une excellente nourrice.

Observation XIII.

N° 630 (1893). — Salle Portal. — Femme âgée de 22 ans, accouchée à 10 heures 50 du matin, le 3 mai, Ipare. Santé bonne ; seins moyens, glandes bien développées. Augmentation pendant la grossesse assez marquée. Le colostrum est assez abondant, depuis 2 mois. Les mamelons sont saillants, l'enfant tète très bien.

Le 4. — Le colostrum est abondant, l'enfant tète bien.

Le 5. — Montée forte, à peu près 48 heures après l'accouchement ; le lait est très abondant, l'enfant commence à augmenter.

Le 6. — Beaucoup de lait, l'enfant tète très bien.

Du 7 au 16. — La femme est atteinte d'un érysipèle de la face. La température oscille pendant 9 jours entre 39° et 39°6. L'enfant continue à téter pendant tout ce temps. La quantité de lait est beaucoup plus petite, qu'avant la

fièvre. L'augmentation quotidienne de l'enfant pendant ces 9 jours est de 6 grammes seulement. Ses sutures et ses fontanelles sont affaissées. Il ne prend rien en plus.

Le 17. — La température est normale, le lait semble déjà un peu plus abondant.

Du 18 au 30. — Le lait devient de plus en plus abondant, l'enfant tète bien, ses sutures deviennent tres tendues. L'augmentation quotidienne pendant les 14 jours de température normale, est de 25 grammes.

La mère a donc pu allaiter pendant l'érysipèle, sans qu'il en résultât un dommage pour l'enfant. Elle avait la figure protégée par un pansement. L'augmentation n'a pas été suffisante pendant la fièvre, car il y avait trop peu de lait. Aussitôt après la chute de la température, la quantité de lait commença à croître et l'augmentation devint suffisante. L'enfant qui pesait à la naissance 2710 grammes, a perdu 110 grammes pendant 1 jour, a commencé à augmenter le 2e jour ; le 11e jour, qui fut le dernier où la température fût au-dessus de la normale, il pesait 2690 grammes. Le 25e jour, celui du départ, 3040 grammes.

Observation XIV.

N° 680 (1893). — Salle Lachapelle. — Femme, accouchée à 1 h. 1/2 du matin, le 11 mai, âgée de 30 ans. IIIpare, n'ayant jamais allaité. Son premier enfant a été élevé au biberon, il est mort à 3 mois de diarrhée verte. Le 2e est mort 3 jours après la naissance. La femme est blonde, maigre, pâle, très fatiguée, tres anémiée. Elle a eu une fievre typhoïde pendant sa grossesse ; elle a été soignée à l'hôpital pendant 2 mois ; on lui a permis de sortir 3 semaines avant l'accouchement. Elle est donc en pleine période de convalescence. Ses seins sont assez développés, à glandes de volume moyen. Le colostrum est aqueux, abondant, elle en a depuis le 4e mois.

Le 12. — L'enfant tète bien, le colostrum est abondant.

Le 13. — *Ibid.*

Le 14. — Une montée forte a lieu à peu pres 72 heures après l'accouchement. Le lait est abondant, l'enfant tète bien, pas plus de 10 minutes, dort bien, ne s'éveille que pour téter. Il commence à augmenter.

Du 15 au 19. — Le lait est assez abondant, l'enfant tète toujours bien, augmente régulièrement, ses sutures et ses fontanelles sont tendues. Il pesait 2220 grammes à sa naissance ; à sa sortie il pese 2110 grammes. Il a perdu 240 grammes dans l'espace de 2 jours. L'augmentation a commencé le 3e jour. Elle est de 21 grammes par jour, malgré le faible poids de l'enfant et l'anémie de la mère.

Même un grand degré d'anémie, causée par une maladie longue et débilitante, peut permettre à une femme d'être bonne nourrice.

Observation XV.

N° 718 (1893). — Salle n° 3. — Femme IIpare, n'a jamais allaité; accouchée le 18 mai, à 6 h. 1/2 du soir; seins petits, glandes petites. Les seins sécrétaient une petite quantité de colostrum depuis le 2e mois de la grossesse. Il y a 3 mois, les mouvements du fœtus, que la femme percevait depuis le 5e mois, ont cessé. Il n'y a cependant eu, affirme-t-elle, aucune réaction du côté des seins, pendant ces 3 mois, qui séparent la mort de l'enfant de l'accouchement; il n'y a absolument rien eu dans les seins, la petite quantité de colostrum qui s'y trouvait avant, a complètement disparu. Les seins sont mous et flasques.

Le 19. — Il n'y a absolument rien dans les seins, on n'arrive pas à exprimer une seule goutte de lait ou de colostrum.

Du 20 *mai* au 13 *juin*. — Il n'y a même pas une goutte de colostrum ou de lait. Il n'y a pas eu la moindre réaction du côté des seins, bien que l'accouchement se soit fait à terme.

Nous avons ici un exemple de l'absence complète de réaction du côté des seins chez une femme accouchée à 9 mois d'un enfant mort et macéré depuis 3 mois.

Observation XVI.

N° 773 (1893). — Salle n° 6. — Femme âgée de 23 ans, accouchée à 9 heures du soir le 29 mai; Ipare, blonde, forte; sa santé est bonne; ses seins sont volumineux, ont beaucoup augmenté pendant la grossesse, elle n'a pas eu du colostrum avant l'accouchement. Les glandes sont volumineuses, les mamelons saillants.

Le 30. — Le colostrum est épais et abondant, l'enfant tète mal, prend les mamelons avec difficulté, il est assez faible, ne pèse que 2550 grammes.

Le 31. — Le colostrum est encore plus abondant, l'enfant tète déjà très bien et commence à augmenter, quoique la vraie montée se fasse attendre.

Le 1er *juin*. — Vers le soir, les seins commencent à durcir. Mais la sécrétion a encore un aspect plutôt colostral. L'enfant pesé le matin a encore augmenté. La montée commence 78 heures après l'accouchement.

Le 2. — Dans la nuit, la montée laiteuse a lieu; elle est excessivement violente et a été précédée d'un vrai frisson avec claquement des dents, qui a duré à peu près un quart d'heure; la température prise le matin, a été normale. Les seins sont excessivement durs, douloureux, les ganglions axillaires sont tuméfiés et gênent les mouvements des bras. Le lait est d'une abondance extrême; l'enfant tète très bien, ses sutures et ses fontanelles sont déjà assez tendues.

Du 3 au 9. — Même état. L'enfant a les sutures et les fontanelles très tendues ; il tète bien, ne reste au sein que 10 minutes à peu près. Le lait est toujours très abondant. L'enfant pesait 2550 grammes à sa naissance. Il a perdu 20 grammes pendant le premier jour, a commencé à augmenter dès le 2e jour. Il pèse à son départ 2790 grammes ; il a donc regagné son poids de naissance. L'augmentation quotidienne moyenne de 8 jours, est de 32 grammes.

Cette observation démontre d'abord la possibilité d'un frisson pendant une montée laiteuse très violente, frisson qui n'a cependant pas été accompagné d'élévation de température. Elle démontre aussi que, dans les cas de sécrétion colostrale abondante, l'augmentation de l'enfant peut avoir lieu avant la montée laiteuse et avant l'apparition du vrai lait.

Observation XVII.

N° 827. — Salle Mauriceau. — Femme âgée de 20 ans, Ipare, accouchée a 5 heures matin, 8 juin. Santé bonne. Seins petits, qui ont augmenté un peu pendant la grossesse ; glandes petites ; le colostrum est abondant, aqueux, depuis le 5e mois de la grossesse. Les mamelons sont saillants. L'enfant tete bien.

Le 9. — Colostrum abondant, plus épais, l'enfant tete bien.

Le 10. — *Ibid.* La température monte a 38°,6. On donne une injection intra-utérine.

Le 11. — Montée assez forte dans l'apres-midi (a peu près 84 h. apres l'accouchement). Lait assez abondant, l'enfant tete bien ; température 38°5°. Injection intra-utérine.

Du 12 au 15. — La température oscille toujours entre 38°,5 ct 39°,4, tous les jours on fait de grandes injections intra-utérines ; la femme prend aussi du sulfate de quinine. Le lait est tonjours assez abondant, l'enfant tete bien, est tranquille, dort beaucoup. Ses sutures et ses fontanelles sont bien tendues.

Le 16. — La température redevient normale ; la quantité de lait semble avoir un peu diminué. L'enfant a les sutures moins tendues, on lui donne pendant ce jour 3 fois du lait stérilisé.

Le 17. — Le lait est redevenu abondant, l'enfant tète aussi bien, ses sutures sont plus tendues, on supprime le lait stérilisé.

Du 18 au 22. — La quantité de lait est assez grande. L'enfant tete très bien, ses sutures et ses fontanelles sont tres tendues. Il pesait 3650 grammes à sa naissance. Il a perdu 290 grammes en 3 jours, et a commencé à augmenter le 4e. A sa sortie il pèse 3620 grammes ce qui donne une augmentation quotidienne de 23 grammes (pendant 11 jours).

Malgré l'hyperthermie, durant 5 jours, la quantité de lait a été

assez grande pour permettre un accroissement suffisant. L'état général de l'enfant ne s'est en rien ressenti de la maladie de la mère.

Observation XVIII.

N° 844 (1893). — Salle Lachapelle. — Femme, âgée de 40 ans, accouchée à 9 h. 10 du soir, le 11 juin. Vpare, n'ayant jamais allaité aucun de ses enfants, qui tous furent elevés au sein à la campagne, 3 sont vivants. La femme est blonde, maigre, sa santé est bonne. Elle a des seins très développés, à glandes très volumineuses. Ils augmentent toujours beaucoup pendant chaque grossesse; le colostrum est peu abondant et transparent, les mamelons sont bien conformés. La 1re tétée a eu lieu dans la nuit, 6 heures après l'accouchement. L'enfant tète très bien, et avec facilité.

Le 12. — L'enfant tete bien, il n'y a toujours que peu de colostrum aqueux.

Le 13. — *Ibid.*

Le 14. — *Ibid.*

Le 15. — Dans la matinée, c'est-à-dire à peu près 84 heures après l'accouchement a lieu une montée laiteuse violente. Le lait est excessivement abondant, mais transparent, comme de l'eau. L'enfant ne tete que 5 minutes, il avale tres bien.

Le 16. — Le lait est toujours d'une abondance extrême, l'enfant tète bien, mais dort peu ; ses sutures ne sont pas encore tendues. Il crie toujours.

Le 17 et le 18. — Le lait est toujours aussi abondant, mais absolument transparent, les sutures de l'enfant restent affaissées, quoiqu'il tete et avale très bien.

Le 19. — Même état. Comme l'enfant n'avait pas encore commencé à augmenter, on lui donne 3 fois par jour de petites quantités de lait stérilisé. L'entant paraît plus calme.

Le 20. — On continue a donner du lait stérilisé, que l'enfant prend bien. Il continue à bien téter. La quantité et l'aspect du lait n'ont pas varié. L'augmentation n'a pas eu lieu. Les sutures sont toujours affaissées et moins larges.

Le 21. — La mere et l'enfant quittent la clinique. Le lait est toujours abondant et transparent. L'enfant pesait à sa naissance 3750 grammes. A sa sortie, il pèse 3320 grammes. Il a donc perdu 430 grammes dans l'espace de 10 jours. Malgré l'abondance du lait maternel, quoique l'enfant tetât et avalât tres bien, il n'a pas augmenté. Il est donc probable que l'aspect particulier du lait, sa transparence extraordinaire, en sont la cause. L'analyse du lait n'a pas été faite.

BIBLIOGRAPHIE

Auteurs français.

Barth et Roger. — *Maladies des enfants.*

Barbézieux et Boissard. — *Mères et nourrissons.*

Baranger. — *Contre-indications et obstacles à l'allaitement maternel.* Thèse de Paris, 1883.

Bécour. — *Des causes de la mortalité des nouveau-nés et des moyens d'y remédier.*

Bessou. — *Pathologie de la lactation.* Thèse de Paris, 1873.

Bertillon. — *Mémoire lu au Congrès international d'hygiène à Paris,* 1878.

— *Union médicale,* 1860.

Béclard. — *Hygiène de la première enfance.* Thèse de concours, 1852.

Bergeron. — *Mémoire lu au congrès international d'hygiène à Paris,* 1878.

Bouchut. — *Hygiène de la première enfance.*

Bouchaud. — *De la mort par inanition,* Thèse de Paris, 1864.

Boutequoy. — *Etude clinique sur l'allaitement.* Thèse de Paris, 1856.

Brochard. — Hygiène des nourrissons. Allaitement maternel et allaitement mixte, *Gazette des hôpitaux,* 1878.

Brès (Mme). — *De la mamelle et de l'allaitement.* Thèse de Paris, 1875,

Budin. — *Clinique obstétricale.*

— De l'allaitement, *Revue génér. de clinique et de theurap.,* 1888.

— De l'allaitement, *Annales d'hygiène publique,* 1892.

Coudereau. — Alimentation précoce de jeunes enfants devant l'Académie de médecine, *Tribune médicale,* n° 438, année 1877.

— Thèse de Paris, 1869.

Coyteux-Duportal. — Thèse de Paris, 1870.

Delobel. — Nourriture complémentaire de l'allaitement, *Archives de tocol.,* 1892.

Delore. — *Dictionnaire Dechambre,* Article : « nourrice ».

Depaul. — *Dictionnaire Dechambre,* Article « nouveau-né ».

— *Leçons de clinique obstétricale,* 1872-1876.

Désormeaux. — Article « allaitement » dans *Dictionnaire en 30 volumes.*

Donné. — *Conseils aux mères d'élever les enfants nouveau-nés.*
— *Du lait et en particulier de celui des nourrices.*
— *Cours de microscopie.*

Ducoudray. — De l'alimentation du nouveau-né et du rachitisme. Thèse de Paris, 1871.

Dugès. — *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, Article « allaitement ».

Dumaine. — *L'enfant doit être nourri par le lait de la mère.* Thèse de Paris, 1877.

Duclaux. — Sur les matières albuminoïdes du lait. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1885, p. 373.

Espéron Lacaze de Sardac. — *De l'allaitement vicieux.* Thèse de Paris, 1856.

Fournier. — *Leçons cliniques sur les maladies syphilitiques.*

Gardien. — *Dictionnaire des sciences médicales*, Article : « allaitement ».

Godey. — *Allaitement.* Thèse de Paris, 1847.

Griniewitsch (Mme). — *Allaitement.* Thèse, 1892.

Guyot. — *Considérations générales sur l'hygiène et la protection des enfants.* Thèse de Paris, 1878.

Jacquemier. — *Dictionnaire Dechambre*, Article : « allaitement ».

Jules Simon. — Conférences cliniques sur l'allaitement, *Union médicale*, 1878.

Lagneau. — Discussion qui suit la lecture du mémoire de Pinard lu à la Société de médecine publique, *Revue d'hygiène*, décembre, 1890.

Landais. — Dissertation sur l'avantage de l'allaitement des enfants par leurs mères.

Lepage. — Du pansement antiseptique du mamelon. Mémoire lu à la Société de médecine publique, *Revue d'hygiène*, 20 février 1894.

Leroy. — *Médecine maternelle, ou l'art d'élever et de conserver les enfants.*

Lévine (Mlle). — *L'allaitement artificiel.* Thèse de Paris, 1889.

Lorain. — *Dictionnaire de méd. et de chir.*, Article : « allaitement ».

Marjolin. — *Mémoire lu au Congrès international d'hygiène à Paris*, 1878.

Mauriceau. — *Traité d'accouchements.*

Mlodziejowska (Mlle). — *Diarrhée des nourrissons*, Th. Paris, 1892.

Mourlot. — *Variations de poids chez les nouveau-nés nourris par leurs mères.* Thèse de Paris, 1892.

Nathalis Guillot. — Nourrices et nourrisons, *Union médicale*, 1852.

Odier. — *Méthode de pesées quotidiennes.* Thèse de Paris, 1868.

Odier et Blache. — Causes de la mortalité des nouveau-nés et les moyens d'y remédier. *Comptes rendus de l'Académie de médecine*, 1867.

Olivier. — Choix d'une nourrice, *Archives de Tocologie*, 1892.

Ortega. — *Influence de l'allaitement sur la phtisie pulmonaire.* Thèse de Paris, 1876.

Parrot. — *Traité de l'athrepsie.*

— *Rapport sur le dépérissement des enfants dans les hôpitaux.*

Peter. — *Clinique médicale.*

Pinard. — *Leçons à la clinique Baudelocque,* 1893-94.

— Sur l'assistance des femmes enceintes, des femmes en couches et des femmes accouchées. Mémoire lu à la *Société de médecine publique, Revue d'hygiène,* décembre 1890.

— Discours prononcé à la séance de la *Société de médecine publique,* le 24 janvier 1894.

Pineau. — *Allaitement,* Thèse de Paris, 1891.

Proust. — *Traité d'hygiène.*

Quételet. — *De l'homme et du développement de ses facultés.*

— *Annales d'hygiène,* 1883.

Quinquaud. — Thèse de concours, 1872.

Roche. — *Influence de l'allaitement sur le dévelop. de la tuberculose.* Thèse de Paris, 1882.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Précis d'obstétrique.*

Segay. — *Des moyens de généraliser l'allaitement maternel.*

Tarnier. — *Traité d'accouchements.*

Trousseau. — *Clinique médicale.*

Varnier. — Gerçures, abcès et lymphangites cher les nourrices, *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance,* 1891.

Villermé. — Mortalité des Enfants-Trouvés, *Annales d'Hygiène,* 1838.

Verriet-Litardière. — *Etude sur les avantages matériels de l'allaitement matér[illegible]* Thèse de Paris, 1873.

Vernois et Becquerel. — Recherches sur le lait. *Annales d'hygiène publique,* 1853.

Wins. — *L'allaitement a la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés.* Thèse de Paris. 1884.

Auteurs étrangers.

Artémieff. — De l'allaitement des nouveau-nès. *Archives de tocologie,* 1887.

Baginsky. — Hygiène des Kindes, *Archiv. für Kinderheilkunde,* 1876.

Buller. — Ursachen und Folgen des Nichtstillens in der Bevœlkerung Münchens, *Jahrbuch für Kinderheilkunde* , 1887.

Biedert. — *Die Kinderernæhrung im Saüglingsalter,* 1893.

Escherich. — Die Ursachen und Folgen des Nichtstillens in München, *Münch. medizinische Wochenschrift,* 1885.

Gumplowicz. — *Prager medizinische Wochenschrift,* 1889, n° 50.

Gusserow. — Aus der geburtsbilflichen Klinik. Bericht über das Jahr 1889, *Charité-annalen*, 1891.

Haake. — Ueber die Gewichtsveränderungen, *Monatsschrift für die Geburtskunde*, 1862.

Harkin. — Considérations pratiques sur l'augmentation de la sécrétion lactée, *Bulletin de Thérapeutique*, 1892.

Herdegen. — *Archiv. für Kinderheilkunde*, 1891, t. XIII.

Kezmarski. — Ueber die Gewichtsveränderungen reifer Neugeborener, *Archiv. für Gynaekologie*, 1873.

Kehrer. — Zur plastischen chirurgie der Hohlwarzen, *Centralblatt für die mediz : Wochenschr.*, N° 17, 1873.

Kerschensteiner. — Die Kindersterblichkeit in München, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1876, p. 339.

Monti. — Ueber einige Ergebnisse der Frauenmilchuntersuchung, *Archiv. für Kinderheilkunde*, 1871.

Ploss. — *Das Kind im Brauch und Sitte der Vælker.*

— Studien über die Kindersterblichkeit, *Jahr für Kinderh.*, 1876.

Russow. — Vergleichende Beobachtung, *Jahrbuch für Kinderh.*, 1881.

Uffelmann. — *Traité pratique de l'hygiène de l'enfance.*

Westerland. — Die Sterblichkeit unter Kindern in Finnland, *Archiv. für Kinderheilkunde*, 1886.

Winckel. — Ueber die Gewichtsveränderungen, *Monatsschrift für Geburtskunde*, 1862.

Zaleski. — Influence de l'alimentation sur la lactation, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 416, et *Berliner klinische Wochenschrift*, 1888.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier, 15-17, Passage Verdeau, Paris.